Rapport du projet d'étude sur l'organisation et la terminologie des soins de longue durée

Préparé à la demande du
comité fédéral-provincial-territorial
des hauts fonctionnaires (aînés)
pour les ministres responsables
des aînés

Décembre 1998

100-05129/

RAPPORT DU PROJET D'ÉTUDE SUR L'ORGANISATION ET LA TERMINOLOGIE DES SOINS DE LONGUE DURÉE

Préparé à la demande du comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés) pour les ministres responsables des aînés

par

Marcus J. Hollander
Elizabeth R. Walker

Décembre 1998

On peut se procurer des exemplaires additionnels de cette publication à :

Division du vieillissement et des aînés
Santé Canada, Indice de l'adresse : 1908A
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4
Tél. : 952-7606
Téléc. : 957-7626
Internet: http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines

© Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1998
No de cat. : H88-3/23-1999F
ISBN : 0-662-27491-1

This publication is also available in English under the title :
Report of Continuing Care Organization and Terminology.

RÉSUMÉ

Le présent rapport porte sur l'organisation et la terminologie des systèmes des soins de longue durée au Canada. Il a été effectué pour le compte des hauts fonctionnaires en réponse à la demande des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés de proposer un vocabulaire commun pour décrire les systèmes de soins de longue durée et leurs composantes à l'échelle du pays. Les deux principaux objectifs de l'étude entreprise sont les suivants :

- Fournir une description succincte et à jour de la structure et des divers éléments du système de soins de longue durée de chaque province et territoire.

- Établir un cadre de référence de consultation facile, incorporant tous les systèmes de soins de longue durée en place, afin de permettre aux ministres de comparer aisément leur système et les éléments de ce système à ceux des autres gouvernements.

Les données de l'étude ont été recueillies grâce à des entrevues téléphoniques réalisées auprès de fonctionnaires clés de chaque province et territoire entre la mi-septembre et décembre 1997. Les fonctionnaires interviewés ont également fourni, au besoin, de la documentation écrite sur leur système de prestation des services. Des représentants de deux conseils régionaux par province ont aussi été interviewés en Alberta, en Saskatchewan et à Terre-Neuve, puisque la responsabilité opérationnelle de la prestation des services était en grande partie déléguée aux autorités régionales dans ces trois provinces. On présumait qu'il y aurait de légères variations d'une région à l'autre.

Le rapport est structuré de la manière qui suit. Le chapitre deux présente un bref survol des termes clés et des principales caractéristiques de l'organisation et de la prestation des services. Le chapitre trois résume, pour chaque territoire administratif, les principaux termes et modèles de prestation des services ainsi que les définitions données pour les différents services de soins de longue durée. L'annexe A fournit une description de l'organisation des services et de la terminologie employée dans chaque territoire administratif.

L'étude révèle que six provinces, un territoire et trois conseils régionaux (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve, les Territoires du Nord-Ouest, Saskatoon, les régions de St. John's et du Centre de Terre-Neuve) utilisent le terme *continuing care / soins continus* pour décrire la gamme complète de services dispensés aux personnes âgées et aux handicapés, même si, dans la plupart des cas, il est maintenant utilisé davantage comme un terme descriptif ou un concept, un cadre structurel, pour la prestation d'un continuum de services, plutôt que comme un terme administratif identifiant une direction ou une division gouvernementale. Ce même terme est également utilisé dans trois conseils régionaux. L'expression *long term care / soins de longue durée* est employée comme terme générique dans deux provinces (l'Ontario et le

Nouveau-Brunswick). La Saskatchewan utilise le terme *supportive services* comme générique, tandis que le Yukon et le Québec n'ont pas de terme générique pour décrire l'éventail complet de tels services dans leur système.

Pour ce qui est des soins en établissement, cinq provinces (la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard) ainsi que deux des six conseils régionaux (Regina et Saskatoon) utilisent le terme *long term care / soins de longue durée* pour décrire ce type de service. Quatre provinces (la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve), un territoire (T.N.-O.) et deux régions (St. John's et le Centre de Terre-Neuve) emploient parfois ce terme pour désigner les établissements de soins de longue durée, mais utilisent plus souvent le nom habituel du genre d'établissement (p. ex. *nursing home / foyer de soins*). Le Yukon, le ministère de la Santé de l'Alberta et la Capital Health Authority d'Edmonton parlent de *continuing care / soins continus* pour désigner les services dispensés en établissement.

Il importe de noter que, dans la région de l'Atlantique, les bénéficiaires doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs revenus et de leurs biens et peuvent être tenus de payer le coût total des services qu'ils reçoivent ou un montant ne pouvant dépasser un certain plafond, mais excédant largement le coût de l'aspect hébergement des soins. Dans le reste du Canada, les bénéficiaires peuvent subir une évaluation de leurs revenus et avoir à payer un prix quotidien couvrant les frais de séjour.

Sept provinces, les deux territoires et cinq des six conseils régionaux utilisent le terme *home care / soins à domicile* pour désigner les services dispensés au domicile des bénéficiaires par des professionnels. La Colombie-Britannique emploie le nom réel de ses services de soins infirmiers et de réadaptation. La Saskatchewan utilise l'expression *home based services*. Le Nouveau-Brunswick parle de *home health care / soins de santé à domicile* pour désigner les services offerts dans le cadre de son Programme extra-mural, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard utilise l'expression *home care support* (qui couvre à la fois les soins et le soutien à domicile). Le terme *home support / soutien à domicile*, ou l'ensemble des services de soutien à domicile, relève des *home care / soins à domicile* dans sept provinces ou territoires (les T.N.-O., le Yukon, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse). D'autres provinces (la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard) englobent le *home support* sous la nouvelle appellation *home care/home support* (p. ex. *home care support* à l'Île-du-Prince-Édouard) ou utilisent le terme, mais limitent son emploi aux services d'aide familiale (p. ex. les *homemaker services* en Colombie-Britannique). Le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve utilisent le terme *home support / soutien à domicile.*

Actuellement, seules l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard ont une division des soins de longue durée ou des soins continus. La Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard sont les deux seules provinces à avoir le même système de classification pour les bénéficiaires de soins à domicile et en établissement. L'Alberta, et les deux

conseils régionaux de cette province, ont des systèmes de classification des soins à domicile qui sont relativement comparables pour ce qui touche les besoins fonctionnels des bénéficiaires. Le gouvernement albertain est d'ailleurs en train d'élaborer un système intégré à cet égard. De tous les autres territoires administratifs, aucun n'est doté d'un système particulier de classification des soins à domicile fondé sur les besoins fonctionnels.

En ce qui concerne les systèmes d'accès unique, sept provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve) et cinq des six conseils régionaux ont des systèmes relativement complets. D'autres gouvernements possèdent des systèmes partiels d'accès unique qui couvrent la majorité des services habituellement associés aux soins de longue durée (l'Ontario) ou sont dotés de systèmes parallèles pour les soins en établissement et les soins à domicile (le Yukon, le Québec et la Nouvelle-Écosse). Le Québec travaille toutefois activement à mettre en place un système d'accès unique par l'entremise de ses CLSC (Centres locaux de services communautaires). Les Territoires du Nord-Ouest sont en train d'élaborer le leur. La majorité des territoires administratifs sont dotés d'un outil d'évaluation uniformisé pour les soins à domicile et les soins en établissement, ou pour les soins en établissement seulement, et la totalité ont un mécanisme quelconque de gestion des cas. Toutefois, seuls le secteur des soins de longue durée en Colombie-Britannique et celui des services sociaux en Nouvelle-Écosse ont des responsables de cas au sein des services communautaires qui continuent de s'occuper des dossiers des bénéficiaires même après que ceux-ci ont été admis dans un établissement.

Pour ce qui est des services particuliers, nous avons soumis aux répondants un ensemble de termes et de définitions génériques pour la plupart des services qui font habituellement partie du système de prestation des soins de longue durée. Nous leur avons demandé d'indiquer si ces termes et définitions correspondaient à leur réalité et, dans la négative, de proposer des changements. On leur a également demandé de fournir les noms précis utilisés dans leur territoire administratif respectif pour chaque type de service. Nous avons tenté d'incorporer le plus grand nombre possible de suggestions reçues dans un nouvel ensemble de termes et de définitions, qu'on trouvera à l'annexe B du présent rapport. Cette nouvelle liste deviendra peut-être le point de départ d'un meilleur consensus au sujet de la terminologie à utiliser au pays.

REMERCIEMENTS

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce à la collaboration des répondants à l'enquête dans chaque province, territoire et conseil régional, et nous tenons à les en remercier.

Nous voulons également souligner la contribution d'Ellen Leibovich, de Louise Plouffe, d'Howard Bergman et de Terry Kaufman, qui nous ont aidés à réaliser la partie québécoise de cette étude. Merci aussi à Anthony Beks, de Capital Stenographic Services à Victoria, qui a travaillé sans relâche à la dactylographie et à la mise en forme du rapport.

La production d'un tel rapport est une tâche fort complexe. La collaboration reçue de partout au Canada n'est rien de moins qu'exceptionnelle. Les auteurs assument la responsabilité de toute erreur ou omission dans le document.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ i

REMERCIEMENTS iv

TABLE DES MATIÈRES v

1. INTRODUCTION 1

2. SURVOL DES PRINCIPAUX TERMES ET CONCEPTS 2
Introduction 2
Termes clés 2
Continuing care / Soins continus 2
Long term care / Soins de longue durée 3
Home support / Soutien à domicile 3
Home care / Soins à domicile 4
L'organisation de la prestation des services 4
Introduction 4
Principaux aspects des systèmes 4
Accès unique 4
Évaluation et placement coordonnés 5
Gestion coordonnée des cas 5
Classification des niveaux de soins dispensés aux bénéficiaires 5
Structure administrative 6

3. UTILISATION DES PRINCIPAUX TERMES ET ORGANISATION DES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU CANADA 7

TABLEAUX

Tableau 1 : Sommaire de l'utilisation des principaux termes au Canada 11

Tableau 2 : Sommaire des principaux aspects de la prestation et de l'organisation des services au Canada 15

Tableau 3 : Comparaison des termes utilisés pour décrire les divers éléments des soins de longue durée 23

NOTES 43

Table des matières (suite)

ANNEXES

Annexe A : Survol des systèmes de soins continus provinciaux et territoriaux

Territoires du Nord-Ouest 45
Yukon 46
Colombie-Britannique 48
Alberta (y compris les conseils régionaux d'Edmonton et Calgary) 50
Saskatchewan (y compris les conseils régionaux de Regina et Saskatoon) .. 53
Manitoba 56
Ontario 57
Québec (préparé par Ellen Leibovich, Hôpital général juif, Montréal) 58
Nouveau-Brunswick 60
Nouvelle-Écosse 62
Île-du-Prince-Édouard 63
Terre-Neuve (y compris les conseils régionaux de St. John's et Centre) 64

Annexe B : Définitions initiales des éléments des services de soins continus et définitions revisées par les répondants 67

Annexe C : Autres services de soins continus mentionnés par les répondants 75

1. INTRODUCTION

Les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés ont confié à leurs hauts fonctionnaires le mandat de proposer un vocabulaire commun pour décrire les systèmes de soins de longue durée et les divers éléments de ces systèmes à l'échelle du pays. Pour réaliser ce mandat, le personnel de la Division du vieillissement et des aînés de Santé Canada a demandé à la société Hollander Analytical Services Ltd. d'effectuer une étude des systèmes de soins de longue durée, des composantes de ces systèmes et de la terminologie employée pour décrire les services dans chaque province et territoire. Les deux principaux objectifs de l'étude sont les suivants :

- Fournir une description succincte et à jour de la structure et des divers éléments du système de soins de longue durée de chaque province et territoire.

- Établir un cadre de référence de consultation facile, incorporant tous les systèmes de soins de longue durée en place, afin de permettre aux ministres de comparer aisément leur système et les éléments de ce système à ceux des autres gouvernements.

Les données de l'étude ont été recueillies grâce à des entrevues téléphoniques réalisées auprès de fonctionnaires clés de chaque province et territoire entre la mi-septembre et décembre 1997. Les personnes-ressources initiales étaient les membres du Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires des ministres responsables des aînés. Ce sont elles qui ont désigné les fonctionnaires de chaque province et territoire les mieux placés pour répondre aux questions d'entrevue et qui nous ont aidés à entrer en communication avec eux. Nous avons réalisé entre une et cinq entrevues téléphoniques pour chaque province ou territoire. Les fonctionnaires interviewés ont commenté une série de définitions portant sur les soins de longue durée établie par l'équipe de recherche. Ils ont également fourni, au besoin, de la documentation écrite sur leur système de prestation des services. Des représentants de deux conseils régionaux par province ont aussi été interviewés en Alberta, en Saskatchewan et à Terre-Neuve, puisque la responsabilité opérationnelle de la prestation des services est en grande partie déléguée aux autorités régionales dans ces trois provinces. On présumait qu'il y aurait de légères variations d'une région à l'autre.

Le présent rapport est structuré de la manière qui suit. Le chapitre deux présente un bref survol des termes clés et des principales caractéristiques de l'organisation et de la prestation des services. Le chapitre trois résume, pour chaque territoire administratif, les principaux termes et modèles de prestation des services ainsi les définitions données pour les différents services de soins de longue durée. L'annexe A fournit une description de l'utilisation des principaux termes, tels que *continuing care / soins continus* et *home care / soins à domicile*, ainsi qu'un aperçu de l'organisation des services dans chaque territoire administratif. On trouvera à l'annexe B les définitions terminologiques ainsi que d'autres documents qui ont été envoyés aux répondants de l'enquête. Enfin, l'annexe C offre une liste additionnelle de services de soins continus identifiés par les répondants comme disponible dans leur territoire administratif respectif.

2. SURVOL DES PRINCIPAUX TERMES ET CONCEPTS

Introduction

Nous avons demandé aux répondants de l'enquête comment étaient utilisés les principaux termes *continuing care / soins continus*, *long term care / soins de longue durée*, *home care / soins à domicile* et *home support / soutien à domicile* dans leur territoire administratif respectif. Il existe plusieurs définitions possibles pour ces termes. Afin de fournir une base initiale de comparaison, nous verrons ci-dessous comment ces termes ont été utilisés au Canada. Cette analyse se fonde sur les résultats d'une étude nationale sur les soins continus réalisée en 1993 pour le compte de Statistique Canada[1]. L'objet de cette étude était de déterminer la faisabilité de créer une base de données nationale sur les services de soins de longue durée. On y examinait notamment comment les soins continus étaient organisés dans chaque province. Les résultats de cette partie de l'étude ont été présentés brièvement dans le rapport de 1993. Ils ont également été traités de manière plus détaillée dans le rapport intitulé The Costs, and Cost-Effectiveness, of Continuing Care Services in Canada[2]. Nous verrons au chapitre trois dans quelle mesure la terminologie s'est modifiée par rapport aux termes présentés ici.

Termes clés

Continuing care / Soins continus

Le terme *continuing care / soins continus* est généralement utilisé pour décrire un système de prestation de services qui englobe les soins de longue durée, les soins à domicile et le soutien à domicile. Il reflète deux concepts complémentaires : que les soins peuvent « continuer » sur une longue période de temps et qu'un programme de soins intégré est « continu » d'un élément de service à l'autre, c'est-à-dire qu'il existe un continuum de soins, depuis les services communautaires, tels que la « popote roulante », jusqu'aux soins dispensés dans les unités de gériatrie des hôpitaux de soins actifs.

Il importe de noter que les soins continus ne sont pas, de fait, un type de service, comme ceux que dispensent les hôpitaux ou les médecins, mais un « système » complexe de prestation de services. Ce système comporte de nombreux éléments et s'insère dans un « continuum de soins ». L'efficacité et l'efficience du système est fonction non seulement de l'efficacité et de l'efficience de chacun de ces éléments, mais également de la façon dont le système lui-même est structuré. On retrouve cette constatation dans le document intitulé Les orientations futures dans le domaine des soins continus :

> Le secteur des soins continus comporte de multiples facettes et combine à la fois des aspects des services de santé et des services sociaux. Contrairement aux soins hospitaliers ou aux services médicaux, si variés qu'ils puissent être, les soins continus forment un amalgame de diverses catégories de services. Ces divers types de services sont intégrés dans un « système » global de prestation des services. Ainsi, dans toute discussion sur l'orientation future des soins continus, il est important de se souvenir que *les soins continus ne sont pas un type de service, mais bien un système de prestation des services.* L'efficacité et l'efficience de ce système reposent non seulement sur les éléments qui le composent, mais également sur la nature du système lui-même[3].

Dans certains cas, le terme *continuing care / soins continus* est également utilisé pour désigner un ensemble de services qui englobe les soins de longue durée dispensés dans la communauté et les soins à domicile, mais exclut les soins de longue durée en établissement. C'était le cas au Manitoba jusqu'au début des années 90 ainsi qu'à Terre-Neuve.

Long term care / Soins de longue durée L'une des utilisations habituelles du terme *long term care / soins de longue durée* est celle qui désigne les services en établissement. Dans ce modèle, les soins de jour dispensés aux adultes dans les établissements de soins de longue durée peuvent être considérés comme faisant partie des services de soins de longue durée en établissement, car ils sont dispensés dans un contexte résidentiel. Selon ce système, les services de soins à domicile débordent souvent le cadre des soins infirmiers de base pour inclure les services de soutien à domicile, tels que l'aide familiale. Par conséquent, dans plusieurs territoires administratifs, on fait une nette distinction entre les soins de longue durée (définis comme étant les soins en établissement) et les soins à domicile (définis comme étant les soins dispensés au domicile ou dans la communauté). La responsabilité des services communautaires, tels que les centres de jour pour adultes et les foyers de groupe, peut varier d'un endroit à l'autre (p. ex. des centres de jour pour adultes pourraient faire partie du secteur des soins de longue durée, tandis que des centres indépendants se trouveraient dans celui des soins à domicile). Dans certains territoires administratifs, le soutien à domicile et les soins à domicile sont deux types de services distincts.

Le terme *long term care / soins de longue durée* a également un deuxième sens, très différent. En effet, il en est venu à désigner à la fois les services en établissement et les services communautaires, ayant ainsi tendance à recouper la notion de *continuing care / soins continus*. Le Sous-comité fédéral-provincial-territorial (FPT) des soins prolongés a fait état de cet usage, en donnant la définition suivante des soins prolongés :

> Les soins de longue durée désignent un éventail de services qui visent à répondre aux besoins liés à la santé, aux services sociaux et aux soins personnels chez les personnes qui, pour une raison ou l'autre, n'ont jamais acquis la capacité de prendre soin d'elles-mêmes, ou qui l'ont perdue. Les services peuvent être continus ou intermittents, selon qu'ils seront offerts pour une longue durée, autrement dit indéfiniment, aux personnes qui en manifestent le besoin, normalement par un indice quelconque de leur incapacité fonctionnelle[4].

Cette définition englobe les soins de longue durée en établissement ainsi que les services de longue durée dispensés à domicile et dans la communauté (p. ex. le soutien à domicile).

Home support / Soutien à domicile
Les services de longue durée dispensés à domicile et dans la communauté, généralement par des non-professionnels (p.ex. les auxiliaires familiales), et non par des professionnels de la santé, tels que les infirmières ou les thérapeutes en réadaptation, sont souvent désignés par l'expression *home support / soutien à domicile*, même si ces services sont offerts au sein de la collectivité. Les centres de jour pour adultes et les foyers de groupe sont des services communautaires de soutien à domicile. La fréquentation d'un centre de jour assure un soutien aux personnes qui vivent à la maison, en leur fournissant des services de santé et des occasions de nouer des contacts sociaux. On croit que les personnes qui fréquentent de tels centres peuvent continuer à vivre chez elles plus

longtemps. De plus, les centres de jour peuvent offrir des périodes de répit aux membres de la famille. Dans les foyers de groupe, les personnes payent habituellement la portion hébergement des services dispensés par leur « foyer » et seuls les soins de santé sont assumés par le gouvernement, ce qui permet d'offrir des services de soutien à domicile aux personnes vivant dans des résidences collectives.

Home care / Soins à domicile

Comment a-t-on défini les *home care / soins à domicile*? Le Groupe de travail sur les soins à domicile mis sur pied par le Sous-comité FPT sur les soins de longue durée a été chargé d'examiner les principales questions touchant les soins à domicile. Dans son rapport, le Groupe fait état de la confusion entourant le concept général des soins à domicile. Il y affirme en effet qu'il «... n'en existe pas de définition précise, universellement acceptée. (...) Ce type de soins a donc des sens différents selon le lieu .»[5]

Les auteurs du rapport apportent plus loin des précisions, en notant qu'il existe trois modèles distincts en matière de soins à domicile :

- le **modèle axé sur le maintien à domicile et la prévention**, qui a pour but de venir en aide, à domicile, aux personnes qui souffrent de maladies ou de déficits fonctionnels, afin de maintenir leur autonomie et, dans bien des cas, de prévenir la détérioration de leur état et leur placement en établissement;

- le **modèle axé sur la substitution des soins de longue durée**, qui a pour but de répondre aux besoins des personnes qui, sans les soins à domicile, auraient besoin d'être placées en établissement; et

- le **modèle de substitution des soins actifs**, qui permet de fournir des soins à domicile à des personnes qui autrement devraient rester ou être admises dans un établissement de soins actifs.

Le premier modèle suppose la prestation de soins à des personnes à leur propre domicile, de sorte qu'elles puissent conserver leur autonomie. Le deuxième offre une solution de rechange au placement dans un établissement de soins de longue durée. Enfin, le troisième modèle s'applique pour des périodes relativement courtes durant lesquelles les soins à domicile sont substitués aux soins actifs. C'est ce troisième modèle qui s'éloigne des définitions les plus larges du terme *long term care / soins de longue durée*. Il fait néanmoins partie intégrante du secteur des soins de longue durée, à la fois pour des raisons historiques (il s'insère dans l'approche globale des soins à domicile) et parce qu'il assure clairement la continuité des services d'un contexte à l'autre.

L'organisation de la prestation des services

Introduction

Notre étude a notamment porté sur la façon dont les services étaient organisés et offerts dans les différents territoires administratifs du pays. Nous avons demandé aux répondants des renseignements sur cinq grands aspects des systèmes de soins continus : l'accès unique, l'évaluation et le placement, la gestion des cas, la classification des bénéficiaires et la structure organisationnelle du ministère ou du conseil régional responsable de la gestion du système de soins de longue durée. Les pages qui suivent traitent brièvement de chacun de ces aspects [6].

Principaux aspects des systèmes

Accès unique

Un système d'accès unique aux services de soins continus procure un mécanisme de

sélection uniforme qui garantit que seules les personnes qui ont réellement besoin de services y aient accès. Ce mécanisme rend l'ensemble du système plus efficace puisqu'il réduit la possibilité que des services soient dispensés inutilement. En outre, le système d'accès unique permet la prestation des services en un point central de la communauté, une sorte de « marché central ». Ainsi, les éventuels bénéficiaires n'ont pas à parler à plusieurs personnes pour savoir quels sont les services offerts et comment ils peuvent s'en prévaloir. On obtient donc une plus grande accessibilité au système de soins. Dans les systèmes sans point d'entrée unique, certaines personnes pourraient ne pas être soignées ou ne pas recevoir les soins appropriés, n'étant pas informées des différents services à leur disposition.

Évaluation et placement coordonnés
Un système coordonné d'évaluation et de placement permet de déterminer les besoins des bénéficiaires de manière adéquate et d'établir un plan de soins répondant le plus étroitement possible à ces besoins. Selon ce plan, le bénéficiaire est « placé » (c.-à-d. qu'on lui donne accès aux soins) dans l'un ou l'autre des éléments du système de prestation de services, indépendamment du fait que ces services soient dispensés en établissement, dans la communauté ou au domicile même du bénéficiaire. La coordination en matière d'évaluation et de placement accroît l'efficacité du système car, durant ce processus, on tente de déterminer s'il est préférable que le bénéficiaire soit traité dans son milieu ou dans un établissement. Dans la plupart des cas, les services communautaires sont moins coûteux. Sur le plan clinique, le processus d'évaluation et de placement augmente la probabilité d'une prestation de services qui soit fonction des besoins du bénéficiaire. Enfin, l'évaluation coordonnée permet la collecte de renseignements uniformes sur les bénéficiaires, qu'ils soient traités dans leur milieu ou en établissement, au moment de leur admission dans le système global de soins.

Gestion coordonnée des cas
La gestion concertée des cas permet de coordonner la prestation des services requis entre les différents éléments du système de soins et assure l'analyse et la surveillance régulières des besoins des bénéficiaires. Si la situation change, on modifie le plan de soins de façon à maintenir la correspondance entre les besoins du bénéficiaire et les soins dispensés. Cela garantit la qualité des soins et accroît l'efficacité du système en évitant la détérioration de l'état des bénéficiaires que pourrait entraîner un manque de surveillance, au point où des services plus coûteux, tels que l'admission dans un établissement de soins de longue durée ou dans un hôpital de soins actifs, seraient alors nécessaires.

Classification des niveaux de soins dispensés aux bénéficiaires
La mise en place d'un système cohérent de classification des niveaux de soins rend possible la comparaison des types de bénéficiaires d'un élément de service à l'autre, selon le niveau de soins qu'ils reçoivent. Cette comparaison permet par ailleurs aux analystes de déterminer les possibilités d'améliorer l'efficience des services (p. ex. en mesurant la proportion des bénéficiaires qui sont admis dans des établissements, alors qu'ils pourraient être traités adéquatement et à moindre coût au sein de leur communauté). Il importe toutefois de noter que, bien qu'en général les services communautaires soient moins coûteux, il y a des exceptions à chaque niveau de soins.

À défaut de pouvoir comparer les niveaux de soins, il est difficile de déterminer de quelle façon sont servis des groupes de bénéficiaires similaires dans les différents secteurs de services. Sans données comparatives, on ne peut

planifier la prestation d'un éventail de services efficace et efficient, c.-à-d. à l'échelle de l'ensemble du système. Par exemple, si tous les bénéficiaires des services communautaires et des soins à domicile se situent aux niveaux de soins les plus bas et que tous les bénéficiaires des soins en établissement se retrouvent aux niveaux les plus élevés, l'affectation de ressources accrues aux services communautaires et la réduction du nombre de lits pourraient n'entraîner qu'un afflux plus important de bénéficiaires vers les services communautaires, privant ainsi les personnes aux besoins plus lourds des soins en établissement que leur état nécessite. Inversement, si une majorité des bénéficiaires de services communautaires se situent aux niveaux de soins les plus élevés et qu'une bonne part des patients en établissement reçoivent des soins de niveau léger, le système pourrait s'avérer plus efficace, car on a démontré qu'il est possible de traiter, dans la communauté et à domicile, des personnes dont les besoins sont équivalents à ceux des bénéficiaires de soins en établissement. Si l'on ne peut comparer les niveaux de soins, on pourra difficilement faire ce genre d'analyse.

Structure administrative

Le fait d'avoir une structure administrative unique pour l'ensemble des services de soins continus présente plusieurs avantages. Pour rendre le système le plus efficient possible, il est en général plus facile de transférer les fonds gouvernementaux entre le secteur des services en établissement et celui des services communautaires si ces deux secteurs relèvent d'une même division administrative que s'ils sont gérés par deux divisions ou ministères. De même, en matière de politiques, une structure administrative unique accroît la possibilité que les enjeux soient examinés dans le contexte de l'ensemble du système de soins continus. Sur le plan clinique, une telle structure augmente la probabilité que le personnel soignant ait une bonne compréhension de l'ensemble du système de soins continus, du rôle de chacun des éléments de service au sein du système et, par conséquent, de la meilleure façon de répondre aux besoins des bénéficiaires. Au chapitre de la planification, une administration unique donne une meilleure garantie que la planification et l'affectation des ressources seront réalisées à l'échelle globale du système, plutôt que sur la base de composantes isolées.

3. UTILISATION DES PRINCIPAUX TERMES ET ORGANISATION DES SERVICES DE SOINS DE LONGUE DURÉE AU CANADA

Le secteur des soins continus a connu de multiples changements au cours des cinq dernières années. Il semble s'être produit une amélioration des caractéristiques de l'accès unique, de l'évaluation uniformisée et de la gestion des cas. Les progrès n'apparaissent pas aussi marqués pour ce qui est de l'adoption de systèmes de classification par niveaux comparables pour les soins en établissement et les services communautaires. La comparabilité peut s'avérer très utile pour la planification d'initiatives visant à augmenter l'efficacité et l'efficience du système. Il semble également y avoir eu une diminution du recours à une structure administrative unique pour la gestion des services de soins continus. En 1992-1993, les ministères de la Santé de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et de l'Île-du-Prince-Édouard étaient dotés d'une structure administrative unique pour les soins continus. Actuellement, on ne retrouve de telles structures qu'en Ontario, à l'Île-du-Prince-Édouard et dans les Territoires du Nord-Ouest. Notons cependant qu'une bonne coordination permet d'obtenir un grand nombre des avantages de la structure administrative unique.

En ce qui concerne la terminologie utilisée, on observe de nombreuses similitudes dans la façon dont les termes *continuing care / soins continus*, *long term care / soins de longue durée*, *home care / soins à domicile* et *home support / soutien à domicile* sont employés aujourd'hui comparativement à 1992-1993, à cette différence que le terme *continuing care / soins continus* est plus courant comme terme descriptif que comme terme administratif. On note d'emblée que deux territoires administratifs (le Yukon et le Québec) et trois des six conseils régionaux (Edmonton, Calgary et Regina) n'ont pas de terme générique pour désigner l'éventail complet des services. Six provinces, un territoire et trois conseils régionaux (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve, les Territoires du Nord-Ouest, Saskatoon, St. John's et le Centre de Terre-Neuve) recourent au terme *continuing care / soins continus* pour décrire la gamme complète des services de soins, bien que, dans la majorité des cas, il soit utilisé comme terme descriptif, comme concept ou comme cadre structurel pour la prestation d'un continuum de services. Le terme *long term care / soins de longue durée* est utilisé comme générique dans deux provinces (l'Ontario et le Nouveau-Brunswick). Le terme générique employé en Saskatchewan est *supportive services.*

Au chapitre des soins en établissement, cinq provinces (la Saskatchewan, le Manitoba, le Québec, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard) ainsi que deux des six conseils régionaux (Regina et Saskatoon) utilisent le terme *long term care / soins de longue durée* pour décrire ce secteur de service. Quatre provinces (la Colombie-Britannique, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve), un territoire (les Territoires du Nord-Ouest) et deux régions (St. John's et le Centre de Terre-Neuve) emploient parfois ce terme pour désigner les établissements de soins de longue durée, mais utilisent plus souvent le nom habituel du type d'établissement (p. ex. *nursing home / foyer de soins*). Le Yukon, le ministère de la Santé de l'Alberta et la Capital Health Authority (Edmonton) parlent de *continuing care/soins continus* pour désigner les services dispensés en établissement.

Il importe de noter que, dans la région de l'Atlantique, les bénéficiaires doivent faire l'objet d'une évaluation de leurs revenus et de leurs biens et peuvent être tenus de payer le coût total des services qu'ils reçoivent ou un montant ne dépassant pas un certain plafond, mais excédant largement le coût de l'aspect hébergement des soins. Dans le reste du Canada, les bénéficiaires peuvent subir une évaluation de leurs revenus et avoir à payer un prix quotidien couvrant les frais séjour.

Sept provinces, les deux territoires et cinq des six conseils régionaux utilisent le terme *home care / soins à domicile* pour désigner les services dispensés au domicile des bénéficiaires par des professionnels. La Colombie-Britannique emploie le nom réel de ses services de soins infirmiers et de réadaptation. La Saskatchewan utilise l'expression *home based services/services à domicile*. Le Nouveau-Brunswick parle de *home health care / soins de santé à domicile* pour désigner les services offerts dans le cadre de son Programme extra-mural, tandis que l'Île-du-Prince-Édouard utilise l'expression *home care support* (qui couvre à la fois les soins et le soutien à domicile). Le terme *home support / soutien à domicile*, ou l'ensemble des services de soutien à domicile, relève des *home care / soins à domicile* dans sept provinces ou territoires (les T.N.-O., le Yukon, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario, le Québec et la Nouvelle-Écosse). D'autres provinces (la Saskatchewan et l'Île-du-Prince-Édouard) englobent le *home support* sous la nouvelle appellation *home care/home support* (p. ex. *home care support* à l'Île-du-Prince-Édouard) ou utilisent le terme, mais limitent son emploi aux services d'aide familiale (p. ex. les *homemaker services* en Colombie-Britannique). Le Nouveau-Brunswick et Terre-Neuve utilisent le terme *home support / soutien à domicile*.

Le tableau 2 donne un aperçu de la façon dont les services sont organisés. L'Ontario a une Division des soins de longue durée et l'Île-du-Prince-Édouard, une Division de soins continus. La Colombie-Britannique et l'Île-du-Prince-Édouard sont les deux seules provinces à avoir le même système de classification des soins dispensés aux bénéficiaires à domicile ou en établissement. L'Alberta (et les deux conseils régionaux de cette province) a des systèmes de classification des soins en établissement et à domicile qui sont relativement comparables pour ce qui touche les besoins fonctionnels des bénéficiaires. Parmi les autres provinces, les territoires et les conseils régionaux, aucun n'est doté d'un système particulier de classification des soins à domicile fondé sur les besoins fonctionnels.

En ce qui concerne l'accès unique aux services, sept provinces (la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve) et cinq des six conseils régionaux ont des systèmes relativement complets. D'autres gouvernements possèdent des systèmes partiels d'accès unique qui couvrent la majorité des services habituellement associés au soins continus (l'Ontario) ou sont dotés de systèmes parallèles pour les soins en établissement et les soins à domicile (le Yukon, le Québec et la Nouvelle-Écosse). Toutefois, le Québec travaille activement à mettre en place un système d'accès unique par l'entremise de ses CLSC (Centres locaux de services communautaires). Les Territoires du Nord-Ouest sont en train d'élaborer le leur. La majorité des territoires administratifs sont dotés d'un outil d'évaluation uniformisé pour les soins à domicile et les soins en établissement, ou pour les soins en établissement seulement, et la

totalité ont un mécanisme quelconque de gestion des cas. Toutefois, seuls le secteur des soins continus en Colombie-Britannique et celui des services sociaux en Nouvelle-Écosse ont des responsables de cas au sein des services communautaires qui continuent de s'occuper des dossiers des bénéficiaires même après que ceux-ci ont été admis dans un établissement.

Pour ce qui est des services particuliers, nous avons soumis aux répondants un ensemble de termes et de définitions génériques pour la plupart des services qui font habituellement partie du système de prestation des soins continus. Nous leur avons demandé d'indiquer si ces termes et définitions correspondaient à leur réalité et, dans la négative, de proposer des changements. On leur a également demandé de fournir les noms précis utilisés dans leur territoire administratif respectif pour chaque type de service. Nous reconnaissons qu'il est très difficile d'obtenir un consensus sur les définitions données aux différents services partout au pays. Nous ne prétendons pas avoir établi ce consensus. Nous avons néanmoins tenté d'incorporer le plus grand nombre possible de suggestions reçues dans un nouvel ensemble de termes et de définitions. Cette nouvelle liste deviendra peut-être le point de départ d'une plus grande uniformisation de la terminologie à utiliser au pays.

L'annexe B présente la liste des définitions et des noms donnés initialement aux différents services, liste qu'on a envoyée aux répondants de l'enquête. On y retrouve également les noms et définitions révisés en fonction des commentaires des répondants.

Le tableau 3 est un tableau détaillé où l'on trouve, pour chaque type de service (selon les nouveaux noms de l'annexe B), des données indiquant si le service était disponible dans le territoire administratif, si ce service relevait du système des soins continus et le nom donné par chaque territoire administratif à ce service. À noter que ce tableau ne brosse pas un portrait fidèle à cent pour cent. Étant donné que le terme *continuing care / soins continus* est maintenant davantage un concept qu'une réalité administrative, les répondants peuvent avoir fourni leur propre interprétation de ce qui est inclus ou non dans le système des soins continus. Certains peuvent avoir utilisé le financement comme critère d'inclusion, tandis que d'autres se seront basés sur le concept (c.-à-d. que le service en question faisait partie, selon eux, de la définition large du terme *continuing care / soins continus*). Nous croyons que les réponses sont relativement cohérentes, valides et fiables, mais qu'il faudra encore beaucoup de travail afin d'obtenir des données à partir de critères absolument identiques. Dans certains cas, il pourrait être impossible d'y parvenir si un service donné est inclus en fonction d'un critère particulier, mais exclu en vertu d'un autre. Par exemple, un service pourrait être financé par une entité autre que celle des soins continus, mais l'accès à ce service pourrait n'être possible que par un système d'accès unique. C'est effectivement le cas pour les hôpitaux de soins prolongés en Colombie-Britannique, qui sont financés par le secteur des soins en établissement hospitalier, mais dont l'accès se fait par le secteur des soins continus.

Il importe également de noter que dans la plupart des territoires administratifs, les soins aux malades chroniques font maintenant partie des soins de longue durée et qu'on ne fait donc plus de distinction entre les lits de malades chroniques et les lits de soins de longue durée. Dans ces cas, le tableau 3 indique que les soins

aux malades chroniques ne sont pas disponibles, mais il les inclut dans les soins de longue durée en établissement. La définition d'établissement de soins de longue durée a été adaptée en conséquence à l'annexe B.

L'annexe C est une compilation des services additionnels (c.-à-d. ceux qui n'apparaissent pas au tableau 3) que les répondants ont mentionnés comme étant offerts dans leur territoire administratif respectif. On note certains recoupements, mais les services sont présentés tels qu'ils ont été définis par ceux qui en assurent la prestation.

TABLEAU 1 SOMMAIRE DE L'UTILISATION DES PRINCIPAUX TERMES AU CANADA

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX TERMES			
	Terme générique utilisé pour désigner l'ensemble du système de soins	**Terme utilisé pour désigner l'éventail complet des services en établissement**	**Terme utilisé pour désigner les services de santé professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**	**Terme utilisé pour désigner les services non professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**
Territoires du Nord-Ouest	• Terminologie en transition • Utilise maintenant le terme *continuing care*; utilisait auparavant le terme *long term care*	• *Long term care*	• *Coordinated Home Care Program*	• On utilise le terme *home support*, mais il est généralement compris dans la notion de soins à domicile (*Coordinated Home Care Program*)
Yukon	• Pas de terme particulier	• On utilise maintenant le terme *continuing care* • Le terme *long term care* tombe en désuétude	• *Home care*	• *Home care*
Colombie-Britannique	• Le terme *continuing care* était utilisé à des fins descriptives et administratives; avec la régionalisation, il est maintenant employé comme terme descriptif pour désigner une stratégie de prestation des services • Le terme *long term care* était utilisé pour décrire les services dispensés en établissement, à domicile et dans la communauté, à l'exclusion des soins à domicile de courte durée. Il est de moins en moins employé	• Noms des types de services (p. ex. *intermediate care, extended care, multi-level care*) • *Residential care*	• N'utilise pas le terme *home care*, mais plutôt : - *Community home care nursing* - *Community rehabilitation*	• On parlait autrefois de *home support*, mais le terme est de plus en plus synonyme de *homemaker services*. On emploie le nom du type de service communautaire (p. ex. programme de repas, foyer de groupe, centre de jour pour adultes) ou on désigne ces services globalement par le terme *community support programs*
Alberta - Ministère de la Santé de l'Alberta	• Terminologie en transition • Le terme *continuing care* est un générique et désigne un concept et un cadre d'organisation des services	• *Continuing Care Centres*	• *Home care*	• *Home care*
Alberta - Capital Health Region (Edmonton)	• Pas de terme particulier	• *Continuing Care Centres*	• *Home care*	• *Home care*

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX TERMES			
	Terme générique utilisé pour désigner l'ensemble du système de soins	**Terme utilisé pour désigner l'éventail complet des services en établissement**	**Terme utilisé pour désigner les services de santé professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**	**Terme utilisé pour désigner les services non professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**
Alberta - Calgary Regional Health Authority	• Pas de terme particulier	• *Supported living*	• *Community care and support - Home care*	• *Community care and support - Home care*
Saskatchewan - Ministère de la Santé de la Saskatchewan	• Terminologie en transition dans la province • On parlait autrefois de *continuing care*, mais on utilise aujourd'hui l'expression *supportive service*	• Le terme *long term care* désignait les services en établissement, mais tombe en désuétude	• On parlait autrefois de *home care*, mais on utilise aujourd'hui l'expression *home based service*	• On parlait autrefois de *home care*, mais on utilise aujourd'hui l'expression *home based services*
Saskatchewan - District de la santé de Régina	• Pas de terme particulier	• *Long term care*	• *Home care*	• *Home care*
Saskatchewan - District de la santé de Saskatoon	• Terminologie en transition • Le terme *continuing care* sert parfois de générique	• *Long term care* (plus courant) • *Continuing care* (parfois utilisé)	• *Home care* (englobe le *home support*) • Le terme *home care* peut aussi désigner seulement les soins infirmiers à domicile	• *Home care* (terme générique englobant le *home support*) • *Home support*
Manitoba	• Le terme *continuing care* est utilisé de façon descriptive pour désigner l'ensemble du système de soins. Utilisation officieuse du terme	• *Long term care* (englobe les foyers de soins personnels et les établissements de malades chroniques)	• *Home care*	• *Home care*

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX TERMES			
	Terme générique utilisé pour désigner l'ensemble du système de soins	**Terme utilisé pour désigner l'éventail complet des services en établissement**	**Terme utilisé pour désigner les services de santé professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**	**Terme utilisé pour désigner les services non professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**
Ontario	• *Long term care / soins de longue durée*	• Le terme *long term care / soins de longue durée* peut aussi désigner les soins en établissement (p. ex. les foyers de soins et les foyers pour personnes âgées) • Les hôpitaux ou unités d'hôpital de malades chroniques ne font pas partie du système des soins de longue durée de l'Ontario	• *Home care / Soins à domicile*	• *Home care / Soins à domicile* (pour les soins individuels) • *Community support services / Services communautaires de soutien* (p. ex. programmes de repas, centres de jour pour adultes) • Les foyers de groupe ne font pas partie du système de soins de longue durée de l'Ontario
Québec	• Pas de terme particulier	• *Services d'hébergement et de soins de longue durée*	• *Services à domicile de première ligne*	• *Services à domicile de première ligne*
Nouveau-Brunswick	• *Long term care / soins de longue durée*	• Noms des types de services (p. ex. foyer de soins infirmiers, établissement résidentiel-1, établissement résidentiel-2, etc.	• Le terme *home care / soins à domicile* n'est utilisé qu'à des fins descriptives. Les services professionnels sont dispensés par les programmes extra-muraux et appelés *home health care / soins de santé à domicile*	• *Home support / Soutien à domicile*

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX TERMES			
	Terme générique utilisé pour désigner l'ensemble du système de soins	**Terme utilisé pour désigner l'éventail complet des services en établissement**	**Terme utilisé pour désigner les services de santé professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**	**Terme utilisé pour désigner les services non professionnels dispensés à domicile ou dans la communauté**
Nouvelle-Écosse	• Le terme *continuing care* est utilisé comme pont stratégique ou conceptuel, ou comme cadre, pour l'intégration d'un large éventail de services au sein des ministères de la Santé et des Services communautaires	• *Long term care* (*homes for the aged* et *nursing homes* au ministère de la Santé) • *Long term care* (tous les bénéficiaires qui ont besoin de soins dans un milieu structuré (établissements, foyers de groupe, services communautaires, au ministère des Services communautaires)	• *Home care* (n'englobe pas les services de physiothérapie et d'ergothérapie, qui sont dispensés par les programmes d'extension des services des hôpitaux)	• *Home care* • Il existe un programme distinct de soutien à domicile pour les adultes ayant des besoins spéciaux, qui est géré par les municipalités
Île-du-Prince-Édouard	• *Continuing care*	• *Long term care*	• *Home care support*	• *Home care support*
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	• Le terme *continuing care* peut être utilisé de façon descriptive, mais sur le plan administratif, il n'inclut pas les foyers de soins ni les soins aux malades chroniques	• *Nursing homes* (pour les centres de soins de niveaux élevés) • *Personal care homes* (pour les centres de soins de niveaux moins élevés)	• *Continuing care* (terme administratif) au ministère de la Santé • *Home care* (terme descriptif)	• *Continuing care* (terme administratif) au ministère de la Santé • *Home support* (terme descriptif)

TABLEAU 2 SOMMAIRE DES PRINCIPAUX ASPECTS DE LA PRESTATION ET DE L'ORGANISATION DES SERVICES AU CANADA

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Territoires du Nord-Ouest	• On travaille à établir un système d'accès unique	• Évaluation uniforme pour les soins en établissement • Évaluation générale pour les soins à domicile	• La gestion des cas est effectuée par le personnel des soins à domicile et du soutien à domicile, qui dispense aussi des soins • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Système de classification de six niveaux (les niveaux 5 et 6 sont les soins de réadaptation et les soins actifs, respectivement) pour les établissements • Pas de système de classification pour les soins à domicile	• Tous les services relèvent du Manager, Programs and Services, de la Program, Planning, Support and Evaluation Division
Yukon	• Systèmes d'accès unique distincts pour les soins en établissement et les soins à domicile	• Évaluation uniforme pour les soins en établissement • Pas d'évaluation uniforme pour les soins à domicile, mais a un processus standard pour le suivi des bénéficiaires	• Gestion des cas pour les soins à domicile et prestation des soins • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Système de classification des soins de cinq niveaux pour les établissements • Pas de système de classification pour les soins à domicile, mais on peut utiliser un outil de classification interne pour la planification et les statistiques	• Divisions administratives distinctes pour les soins de longue durée (établissements) et les soins à domicile (communauté)
Colombie-Britannique	• Système d'accès unique pour tous les bénéficiaires de soins de longue durée, y compris ceux qui ont besoin de soins professionnels à domicile	• Évaluation uniforme pour tous les bénéficiaires de soins de longue durée • Évaluation uniforme pour les services communautaires de soins infirmiers à domicile et de réadaptation	• Gestion courante des cas à l'échelle du système pour tous les bénéficiaires de soins de longue durée. Les responsables de cas continuent de coordonner les services même <u>après</u> l'admission du bénéficiaire dans un établissement. • Gestion des cas pour les services communautaires de soins infirmiers à domicile et de réadaptation	• Système de classification uniforme pour tous les bénéficiaires de soins de longue durée, <u>indépendamment</u> du contexte • Pas de système de classification basé sur les besoins fonctionnels pour les services communautaires de soins infirmiers à domicile et de réadaptation	• La responsabilité opérationnelle est déléguée aux régions • Au Ministère : Regional Directors et Director, Operational Support for Acute and Continuing care

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Alberta - Ministère de la Santé de l'Alberta	• Système d'accès unique par le secteur des soins à domicile	• Évaluation uniforme à l'aide de l'Alberta Assessment and Placement Instrument (AAPI)	• La gestion courante des cas est effectuée par le personnel des soins à domicile (qui, dans certaines régions, peut aussi dispenser des soins) • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Système de classification des bénéficiaires en établissement (sept niveaux, A-G) • Système de classification des soins à domicile, qui englobe l'évaluation du soutien informel disponible • Certains recoupements entre les deux systèmes pour la classification des besoins fonctionnels	• Comme l'administration relève des régions, il ne reste aucun fonctionnaire du ministère de la Santé de l'Alberta ayant des responsabilités opérationnelles à l'égard des soins de longue durée
Alberta - Capital Health Region District (Edmonton)	• Système d'accès unique par le secteur des soins à domicile • Les responsables de cas des soins de longue durée (en établissement) peuvent aussi s'occuper de l'admission, de l'évaluation et de la gestion des cas; ils reçoivent la formation donnée au personnel des soins à domicile	• Utilise son propre instrument d'évaluation uniforme (basé sur l'AAPI) • Utilise une version abrégée de cet instrument pour les bénéficiaires de soins à domicile de courte durée	• La gestion des cas est effectuée par le personnel des soins à domicile • La gestion du cas est transférée aux responsables des cas de soins de longue durée au moment de l'admission du bénéficiaire dans un établissement	• Utilise le Resident Classification System et le Home Care Classification System de l'Alberta	• Deux personnes sont respectivement responsables des soins de longue durée et des soins à domicile; les deux relèvent du même vice-président

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Alberta - Calgary Regional Health Authority	• Système d'accès unique par le secteur des soins et du soutien communautaires	• Utilise son propre instrument d'évaluation uniforme (basé sur l'AAPI), différent de celui d'Edmonton	• La gestion courante des cas est effectuée par le personnel des soins et du soutien communautaires • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Utilise le Resident Classification System (RCS) et le Home Care Classification System de l'Alberta	• Deux personnes sont respectivement responsables des soins en établissement et des services communautaires; les deux relèvent du même Chief Operating Officer
Saskatchewan - Ministère de la Santé de la Saskatchewan	• Système d'accès unique par le secteur des services à domicile ou des unités d'évaluation indépendantes	• Utilise un instrument d'évaluation uniforme, le Saskatchewan Client Information Profile (SCIP) • Prévoit adopter le MDS-2 pour l'évaluation des bénéficiaires de soins en établissement • Conservera le SCIP pour les services à domicile	• La gestion courante des cas est effectuée par le personnel des soins à domicile (qui, dans certaines régions, peut aussi dispenser des soins) ou par des unités d'évaluation indépendantes • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Système de classification de quatre niveaux pour les services en établissement • Prévoit adopter le système RUG III pour les services en établissement • N'a pas de système de classification distinct pour les bénéficiaires de soins à domicile	• Les responsabilités opérationnelles ont été déléguées aux conseils régionaux de la santé • Les services en établissement et à domicile relèvent d'un seul fonctionnaire du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Un autre est responsable de l'élaboration des programmes. Les deux relèvent de l'Executive Director of Community Care

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Saskatchewan - Regina Health District	• Système d'accès unique pour les soins en établissement et les soins à domicile	• Utilise le SCIP comme instrument d'évaluation pour les soins en établissement et les soins à domicile • Utilise une version abrégée du SCIP pour les soins actifs à domicile de courte durée	• La gestion courante des cas est effectuée au moyen d'un système global des admissions et des congés • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Utilise le système de classification de quatre niveaux de la Saskatchewan pour les établissements • N'a pas d'instrument d'évaluation distinct pour les soins à domicile, mais utilise un outil d'indication des risques pour déterminer le degré de risque du bénéficiaire	• Deux personnes sont respectivement responsables des soins en établissement et des services communautaires; les deux relèvent du même vice-président • L'évaluation des bénéficiaires et la coordination des soins en établissement et des soins à domicile relèvent du Vice-President, Medical Services
Saskatchewan - Saskatoon District Health	• Système d'accès unique. Le personnel des Coordination and Assessment Units s'occupe de l'admission, de l'évaluation et de la gestion des cas	• Utilise son propre instrument d'évaluation uniforme	• La gestion des cas est effectuée par les Coordination and Assessment Units et est distincte de celle du secteur des soins à domicile • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Utilise le système de classification de quatre niveaux de la Saskatchewan pour les rapports • Utilise le RCS de l'Alberta pour le financement des établissements • N'a pas de système de classification pour les soins à domicile, mais utilise son propre outil d'indication des risques	• Deux personnes sont respectivement responsables des soins en établissement et des services communautaires

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Manitoba	• Système d'accès unique	• Possède un instrument d'évaluation uniforme	• La gestion courante des cas est effectuée par le personnel des soins à domicile, mais les fonctions d'évaluation et de gestion des cas sont distinctes de la prestation des soins • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• Utilise un système de classification de quatre niveaux pour les soins en établissement • N'a pas de système de classification pour les soins à domicile	• Deux personnes sont respectivement responsables des soins en établissement et des services communautaires
Ontario	• Système d'accès unique pour les soins de longue durée et les soins à domicile par les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) • Les CASC ne s'occupent pas de l'accès unique aux hôpitaux de malades chroniques ni aux services communautaires de soutien	• Est en train d'élaborer un instrument uniforme pour les établissements de soins de longue durée et les soins à domicile • Utilise le MDS-2 pour les soins aux malades chroniques	• La gestion des cas de soins de longue durée est effectuée par les CASC. Elle est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire • Les services communautaires de soutien sont coordonnés par les organismes où les soins sont dispensés • La gestion des cas des malades chroniques est effectuée par les établissements eux-mêmes	• Les établissements de soins de longue durée utilisent le RCS (A-G) de l'Alberta • Les hôpitaux de malades chroniques utilisent le RUG III • Pas de système de classification pour les soins à domicile	• Tous les services de soins de longue durée (sauf les hôpitaux de malades chroniques et les foyers de groupe) relèvent du directeur exécutif, soins de longue durée

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Québec	• À certains endroits, l'accès se fait par les services d'urgence des hôpitaux ou les CLSC (Centres locaux de services communautaires) • On se dirige rapidement vers un système d'accès unique par les CLSC	• Possède un instrument d'évaluation uniforme pour les établissements • Utilise divers instruments pour les soins à domicile	• La gestion courante des cas est généralement assumée par les CLSC. Elle peut aussi être effectuée par les hôpitaux aux endroits où il y a deux points d'accès (le CLSC et l'hôpital)	• N'a pas d'instrument de classification uniforme, mais utilise un système d'évaluation des besoins des bénéficiaires pour les soins en établissement • Pas d'instrument de classification uniforme pour les soins à domicile	• La responsabilité administrative est déléguée aux régies régionales de la santé • Pas de structure administrative particulière pour les soins de longue durée au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Nouveau-Brunswick	• Système d'accès unique	• Utilise un instrument d'évaluation uniforme (basé sur l'outil de l'Alberta, l'AAPI) • Les évaluations sont faites en général par deux personnes : un travailleur social de la Division de la famille et des services sociaux communautaires (DFSSC) et un professionnel de la santé du Programme extra-mural ou des Services de santé mentale, selon le cas à évaluer • À partir de 1998, les évaluations devraient être faites par une seule personne	• La gestion des cas est en général effectuée par les travailleurs sociaux de la DFSSC • Le Programme extra-mural et les Services de santé mentale s'occupent de la gestion des cas des bénéficiaires admissibles à leurs programmes respectifs • La fonction de gestion des cas est distincte de celle de la prestation des soins (à la DFSSC) • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement si le bénéficiaire est admis dans un foyer de soins, mais demeure la responsabilité de la DFSSC s'il est admis dans un autre type d'établissement résidentiel	• Système de classification de quatre niveaux pour les soins en établissement • N'a pas de système de classification pour les soins de santé ou les services de soutien à domicile	• Des fonctionnaires différents à la Division de la famille et des services sociaux communautaires, au Programme extra-mural et aux Services de santé mentale. Ils relèvent des sous-ministres adjoints, Famille et Services sociaux communautaires, Services en établissement et Services de santé mentale, respectivement

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Nouvelle-Écosse	• Deux systèmes d'accès unique : par Home Care Nova Scotia pour ses bénéficiaires; par les municipalités, pour les établissements et les services sociaux communautaires • Le 1er avril 1998, la province prendra la relève des municipalités pour l'accès unique, l'évaluation et la gestion des cas	• Home Care Nova Scotia utilise une formule d'évaluation uniforme • Les municipalités utilisent une formule d'évaluation uniforme pour les soins en établissement	• Home Care Nova-Scotia s'occupe de la gestion des cas de ses bénéficiaires. La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement ou de la municipalité au moment de l'admission du bénéficiaire • Les municipalités s'occupent de la gestion des cas et conservent cette responsabilité même après l'admission d'un bénéficiaire dans un établissement	• A un système de classification de cinq niveaux, mais en général classe les résidents des établissements de soins de longue durée dans deux catégories seulement • Pas de système de classification distinct pour les services de soins ou de soutien à domicile	• Des fonctionnaires du ministère de la Santé sont respectivement responsables des soins à domicile et des soins en établissement, mais ils relèvent du même directeur exécutif
Île-du-Prince-Édouard	• Système d'accès unique (Coordinated System Entry) géré par le Home Care Support Program	• Utilise une formule d'évaluation uniforme	• La gestion des cas est effectuée par le Home Care Support Program • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• A un système de classification selon cinq niveaux utilisé pour les soins de longue durée et les services de soins et de soutien à domicile	• Des employés différents sont responsables des soins à domicile et en établissement, mais les deux appartiennent au secteur des soins de longue durée, qui relève de l'Acute and Continuing care Division

TERRITOIRE ADMINISTRATIF	PRINCIPAUX ASPECTS				
	Accès unique	**Évaluation uniforme**	**Gestion courante des cas à l'échelle du système**	**Classification des bénéficiaires**	**Structure administrative**
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	• Système d'accès unique	• Possède un instrument provincial d'évaluation uniforme	• Gestion courante des cas • La gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission du bénéficiaire	• A un système provincial de classification des bénéficiaires, mais envisage de le modifier afin d'y inclure les soins de niveau plus élevé	• À l'échelle de la province, des personnes différentes sont responsables des soins de longue durée (communautaires) et des foyers de soins[1]

[1] *Les soins continus relèvent d'un Assistant Executive Director tant à St. John's que dans la région du Centre.*

TABLEAU 3 COMPARAISON DES TERMES UTILISÉS POUR DÉCRIRE LES DIVERS ÉLÉMENTS DES SOINS CONTINUS

Territoire administratif	Évaluation et gestion des cas			Service de repas à domicile			Services d'aide familiale		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	• Assessment & Placement Record • Home Care Assessment & Care Planning	Oui	Oui	• Meals-on-Wheels • Wheels-to-Meals	Oui	Oui	• Personal Care Home Support • Community Living Worker or Services • Homemaker Services
Yukon	Oui	Oui	• Fait partie des Home Care • Fait partie des Facility Care	Oui[1]	Oui	• Meals-on-Wheels	Oui	Oui	Home Support Services
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Assessment & Case Management	Oui	Oui	• Meal Programs • Congregate Meals	Oui	Oui	Home Support Program
Alberta	Oui	Oui	• Single Point of Entry • Service Coordination	Oui	Oui	Meal Programs	Oui	Oui	Personal Supports
Alberta (Edmonton)	Oui	Oui	Case Coordination (Home Care)	Oui	Non[2]	S.O.	Oui	Oui	Support Services (fait partie des Home Care)
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	• Single Point of Entry • Case Coordination	Oui	Oui	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	• Personal Care • Homemaker Services

[1] *À Whitehorse*

[2] *Programme bénévole*

Territoire administratif	Évaluation et gestion des cas			Service de repas à domicile			Services d'aide familiale		
Saskatchewan	Oui	Oui	• Assessment & Case Coordination • Case Management • Single Point of Entry	Oui	Oui	• Meals-on-Wheels • Wheels-to-Meals	Oui	Oui	• Homemaking Services • Personal Care • Respite
Saskatchewan (Regina)	Oui	Oui	System Wide Admission and Discharge	Oui	Oui	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	Home Care
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Assessment & Case Management	Oui	Oui	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	Homemakers Services

Territoire administratif	Soins à domicile			Services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie			Services de soins journaliers pour adultes		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	• Home Nursing Care • Home Care	Oui	Oui[3]	Home care	Oui	Oui	Adult Day Program
Yukon	Oui	Oui	Home Care	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services	Non	Non	S.O.
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Community Home Care Nursing	Oui	Oui	Community Rehabilitation	Oui	Oui	Adult Day Centre Program
Alberta	Oui	Oui	Home Care	Oui	Oui	Home Care	Oui	Oui	Adult Day Support
Alberta (Edmonton)	Oui	Oui	Home Care Program	Oui	Oui	Home Care Program	Oui	Oui	Adult Day Support
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	Home Care	Oui	Oui	• Community Rehabilitation Services • Home Care Program	Oui	Oui	Adult Day Support
Saskatchewan	Oui	Oui	Home Nursing Services	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services, y compris orthophonie, audiologie et inhalothérapie	Oui	Oui	Adult Day Programs
Saskatchewan (Regina)	Oui	Oui	Home Care Nursing	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services	Oui	Oui	Adult Day Support
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Home Nursing Care	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services	Oui	Oui	Adult Day Care Services

[3] *Accès limité, en cours d'élaboration*

Territoire administratif	Foyers de groupe			Établissements résidentiels de soins de longue durée			Unités de soins pour maladies chroniques		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	• Adult Group Homes • Children's Group Homes	Oui	Oui	Long Term Care Facilities	Oui	Oui	Extended Care Wards
Yukon	Oui	Oui	Font partie des Social Services mais sont liés aux Home Care	Oui	Oui	Continuing Care Facilities	Non	Non	Font partie des Continuing Care Facilities
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Group Homes	Oui	Oui	• Residential Care Facilities • Multi-Level Care Facilities • Private Hospitals	Oui	Oui	• Extended Care Hospitals • Multi-Level Care Facilities • Private Hospitals
Alberta	Oui	Oui	• Adult Family Living • Group Homes	Oui	Oui	Continuing Care Centres	Non	Non	Font partie des Continuing Care Centres
Alberta (Edmonton)	Oui	Oui[4]	• Personal Care Homes • Family Care Homes (permis des Social Services si plus de 4 bénéficiaires)	Oui	Oui	Continuing Care Centres	Non	Non	Font partie des Continuing Care Centres
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	• Personal Care Homes (permis des Social Services) • Companion Care	Oui	Oui	Care Centres	Non	Non	Font partie des Care Centres

[4] *Dispensés par l'entremise des Continuing Care Centres*

Territoire administratif	Foyers de groupe			Établissements résidentiels de soins de longue durée			Unités de soins pour maladies chroniques		
Saskatchewan	Oui	Non[5]	Group Homes	Oui	Oui	• Special Care Homes • Health Centres • Long Term Care Beds in Hospitals • Personal Care Homes • Nursing Homes	Non	Non	Font partie des Long Term Care Facilities
Saskatchewan (Regina)	Oui	Non[6]	Group Homes	Oui	Oui	• Special Care Homes • Extended Care	Non	Non	Font partie des Long Term Care Facilities
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Group Homes	Oui	Oui	Special Care Homes	Oui[7]	Non	Font partie des Long Term Care Facilities

[5] *Dispensés par l'entremise des Mental Health and Social Services*

[6] *Dispensés par l'entremise des Mental Health and Social Services*

[7] *Un établissement*

Territoire administratif	Centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour			Équipement et matériel			Services de transport		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	• Long Term Care Respite ou Assessment Beds • Children's Treatment Centre	Oui	Oui	Equipment Loan	En partie[8]	En partie	• Transportation Service • Handivan
Yukon	Oui	Oui	Assessment of Treatment for Dementia Care seulement	Oui	Oui	Fait partie des avantages complémentaires des Chronic Care et de Pharmacare en vertu du Health Insurance Program. Provient aussi du Health Benefits fund for First Nations Clients	En partie	En partie	Les établissements ont leurs propres véhicules; Handibus dans la communauté
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Assessment & Treatment Centres & Day Hospitals	Oui	Oui	Equipment & Supplies	Oui	En partie[9]	S.O.
Alberta	Oui	Oui	• Geriatric Assessment and Rehabilitation • Adult Day Hospital	Oui	Oui	Alberta Aids to Daily Living Program	Oui	En partie	Transportation Services
Alberta (Edmonton)	Oui	Oui	Geriatric Assessment	Oui	Oui	Alberta Aids to Daily Living Program	Oui	Non	S.O.

[8] *Minibus des établissements*

[9] *Certains établissements ou services ont des minibus; le service est assuré par des bénévoles*

Territoire administratif	Centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour			Équipement et matériel			Services de transport		
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	Seniors Health Acute Care	Oui	Oui	Alberta Aids to Daily Living Program	Oui	En partie[10]	• Certains établissements ont leurs propres véhicules • Handibus commun.
Saskatchewan	Oui	Oui	• Geriatric Assessment • Multiple-Pupose Beds	Oui	Oui	Saskatchewan Aids to Independent Living Program	Oui	En partie[11]	Transportation Services
Saskatchewan (Regina)	Oui	Non[12]	S.O.	Oui	Oui[13]	S.O.	Oui	Non	S.O.
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Geriatric Assessment Program	Oui	Oui	Equipment & Supplies	Oui	Non[14]	S.O.

[10] *Certains établissements ou services ont des minibus*

[11] *Par l'entremise des municipalités*

[12] *Dispensés par les services psychiatriques des hôpitaux*

[13] *Pour les prêts à court terme*

[14] *Offert par le système de transport en commun*

Territoire administratif	Groupes de soutien			Soutien d'urgence			Programmes de socialisation et d'apprentissage de l'autonomie		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	Support Groups	Oui	Oui	Inclus dans Respite Care	Oui	Oui	Community Living
Yukon	Oui	Oui	• Cancer Support Grps • Alzheimer Support Groups • Arthritis Society	Oui	Oui	Fait partie de Respite Care and Assessment	Oui	Non	Fait partie de Independent Living
Colombie-Britannique	Oui	Non	• Caregiver Support Nerworks • Disease Specific Support Groups	Oui	Oui	Crisis Support (par la gestion des cas)	Oui	Non	S.O.
Alberta	Oui	Oui	Support Groups	Oui	Oui	Pas de terme uniforme	Oui	En partie	Pas de terme uniforme
Alberta (Edmonton)	Oui	En partie	Support Groups	Oui	Oui	• Emergency Holding Beds • CHOICE Treatment Bed/Respite	Oui	Oui	Community Integration Program
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	Support Groups	Oui	Oui	Quick Response	Oui	Non	S.O.
Saskatchewan	Oui	Non[15]	Support Groups	Oui	Oui	• Quick Response • Emergency Respite beds	Oui	Non[16]	S.O.
Saskatchewan (Regina)	Oui	Oui	Support Groups	Oui	Non[17]	Quick Response Unit (6 lits)	Non	Non	S.O.
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Support Groups	Oui	Non[18]	Crisis Support	Oui	Non[19]	Life & Social Skills for Independent Living

[15] *Organisés par des bénévoles*

[16] *Par l'entremise de groupes bénévoles*

[17] *Par l'entremise de Mental Health*

[18] *Par l'entremise de Mental Health*

[19] *Par l'entremise de Mental Health*

Territoire administratif	Services de relève			Soins palliatifs			Bénévoles		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Territoires du Nord-Ouest	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Yukon	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Colombie-Britannique	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Alberta	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Alberta (Edmonton)	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Alberta (Calgary)	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Regional Palliative and Hospice Care Services	Oui	Oui	Volunteers
Saskatchewan	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Saskatchewan (Regina)	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Oui	Respite Care	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers

Territoire administratif	Locaux d'hébergement communs		
	Disponible	**Dans les soins continus**	**Nom**
Territoires du Nord-Ouest	Non	À venir	Supported Independent Living Facilities
Yukon	Non	Non	S.O.
Colombie-Britannique	Oui	Non	• Congregate Living Residences • Supportive Housing • Abbeyfield Housing
Alberta	Oui	Non	• Senior Citizens Lodges and Apartments • Divers termes utilisés dans le secteur privé
Alberta (Edmonton)	Oui	Non	• Senior Citizens Lodges and Apartments • Assisted Living (secteur privé)
Alberta (Calgary)	Oui	Non	• Senior Apartments • Retirement Apartments/Lodges
Saskatchewan	Oui	Par le logement social	S.O.
Saskatchewan (Regina)	Oui	Par le logement social	Assisted Living
Saskatchewan (Saskatoon)	Oui	Par le logement social	• Social Housing • Assisted Living

Territoire administratif	Évaluation et gestion des cas			Service de repas à domicile			Services d'aide familiale		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins contnus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	Oui	• Home Care • Manitoba Assessment and Placement Process	Oui	Oui	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	• Home Support Services (ménage, lessive, préparation des repas) • Personal Care Services (hygiène personnelle)
Ontario	Oui	Oui	• Centres d'accès aux soins communautaires • Coordination des cas • Gestion des cas • Coordination du placement • Évaluation	Oui	Oui	Programmes de repas (Meals-on-Wheels Wheels-to-Meals)	Oui	Oui	• Soins à domicile • Aide à domicile • Services d'aide familiale (tâches ménagères) • Soins personnels (hygiène personnelle)
Québec	Oui	Oui	Évaluation et gestion des cas	Oui	Non	Popote roulante	Oui	Oui	• Services d'aide familiale • Service d'aide personnelle, d'aide ménagère et de soutien civique
Nouveau-Brunswick	Oui	Oui	• Processus d'accès unique • Évaluation et planification des cas	Oui	Oui	Programmes de repas (Meals-on-Wheels Wheels-to-Meals)	Oui	Oui	• Services d'aide familiale • Services de soutien à domicile • Soins auxiliaires
Nouvelle-Écosse	Oui	Oui	• Case Coordination • Case Management • Placement Coordination	Oui	Non	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	Home Support

Territoire administratif	Évaluation et gestion des cas			Service de repas à domicile			Services d'aide familiale		
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Oui	• Assessment • Care Coordination • Case Management • Coordinated System Entry • Placement Coordination	Oui	Oui	Meals-on-Wheels	Oui	Oui	• Home Care Support Worker • Visiting Homemaker
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui	Oui	Assessment & Placement	Oui	Oui	Meals-on-Wheels, service offert dans certaines Community Health Regions	Oui	Oui	Home Support

Territoire administratif	Soins à domicile			Services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie			Services de soins journaliers pour adultes		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	Oui	Home Nursing Care	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy	Oui	Oui	Adult Day Care
Ontario	Oui	Oui	Soins infirmiers à domicile (CASC)	Oui	Oui	Services de physiothérapie et d'ergothérapie	Oui	Oui	Services de soins de jour pour adultes
Québec	Oui	Oui	Services de soins infirmiers à domicile	Oui	Oui	Services de réadaptation à domicile	Oui	Oui	• Centre de jour • Centre pour activités de jour
Nouveau-Brunswick	Oui	Oui	Soins de santé à domicile (dans le cadre du Programme extra-mural)	Oui	Oui	Services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie (englobent d'autres services, p. ex. l'orthophonie). Services offerts dans le cadre du Programme extra-mural	Oui	Oui	Programmes de soins de jour pour adultes
Nouvelle-Écosse	Oui	Oui	Home Nursing Care	Non	Non	S.O.	En partie	Non	Adult Day Care
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Oui	Home Care Nursing	Oui	Oui	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services	Oui	Oui	Adult Day Care Programs
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui	Oui	• Home Nursing Care • Home Care Nursing • Community Health Nurse (région de St. John's)	Oui, à des degrés divers dans la province	Oui, là où les services sont offerts	Community Physiotherapy & Occupational Therapy Services	Oui, à des degrés divers dans la province	Oui, là où les services sont offerts	• Adult Day Support • Adult Day Enrichment

Territoire administratif	Foyers de groupe			Établissements résidentiels de soins de longue durée			Unités de soins pour maladies chroniques		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	Oui	• Shared Care • Clustered Care • Block Care • Supportive Housing	Oui	Oui	Personal Care Homes	Oui	Oui	Dans les hôpitaux de soins actifs et les unités/hôpitaux de soins de longue durée désignés
Ontario	Oui	Non	• Foyers de groupe (relevant de divers programmes gouvernementaux) • Maisons de repos et de retraite (non subventionnées)	Oui	Oui	• Foyers de soins infirmiers • Foyers pour personnes âgées	Oui	Non	• Hôpitaux de malades chroniques (ministère de la Santé, Direction des établissements) • Soins de longue durée complexes
Québec	Oui	Oui	• Résidences de type familial (adultes) • Foyers de groupe • Familles d'accueil	Oui	Oui	• Centre d'hébergement et de soins de longue durée	Oui	Oui	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
Nouveau-Brunswick	Oui	Non	S.O.	Oui	Oui	• Établissements résidentiels pour adultes (niveaux 1 à 4) • Foyers de soins (niveaux 3 et 4)	Non	Non	Font partie des foyers de soins et des unités de soins prolongés des hôpitaux
Nouvelle-Écosse	Oui	Oui	Font partie des Community Services	Oui	Oui	• Homes for the Aged • Nursing Homes	Non	Non	Font partie des Nursing Homes
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Non[20]	Provincial Group Homes	Oui	Oui	• Community Care Facilities • Private Nursing Homes • Government Manors	Non	Non	Font partie des Long Term Care Facilities

[20] *Relèvent des Child and Family Services*

Territoire administratif	Foyers de groupe			Établissements résidentiels de soins de longue durée			Unités de soins pour maladies chroniques		
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui[21]	Non	Group Homes	Oui	Oui	• Personal Care Homes (niveau 1 et parfois niveau 2) • Nursing Homes (niveaux 2 et 3 et parfois niveau 4)	Oui	Oui	Certains hôpitaux de la province ont des lits réservés aux malades chroniques

[21] *Les foyers de groupe relevant des Family and Rehabilitation Services seront graduellement éliminés d'ici la fin de l'année. Il restera toutefois un certain nombre de foyers de groupe pour les programmes Youth Corrections et Child Welfare*

Territoire administratif	Centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour			Équipement et matériel			Services de transport		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	Oui	Long Term Rehabilitation (Assessment and Rehabilitation Units et Day Hospitals)	Oui	Oui	Equipment & Supplies	Oui	En partie[22]	• Handi-transit (municipal)
Ontario	Oui	Oui	Programme d'évaluation des personnes âgées	Oui	Oui	Programme d'appareils et accessoires fonctionnels et CASC	Oui	Oui	Services de transport
Québec	Oui	Oui	Unité de courte durée gériatrique et hôpital de jour	Oui	Non	• Services d'aide technique • Services d'aide matérielle	Oui	Non	Transport adapté
Nouveau-Brunswick	En partie	Non	Font partie des soins hospitaliers	Oui	Oui	• Programme d'équipement de réadaptation pour les citoyens aînés • Département de prêt de la Croix-Rouge • Développement des ressources humaines (aide sociale pour la carte santé)	Oui	Oui	Transport public accessible (Access-a-Bus) (services de transport offerts par l'entremise de divers organismes et foyers de soins infirmiers)
Nouvelle-Écosse	En partie	Non	S.O.	Oui	Oui	Equipment & Supplies	Oui	Oui	Varie d'un endroit à l'autre
Île-du-Prince-Édouard	Non	Non	S.O.	En partie	Non[23]	Equipment & Supplies	Oui	Non	S.O.

[22] *Certains établissements ont des minibus*

[23] *Dans les établissements*

Territoire administratif	Centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour			Équipement et matériel			Services de transport		
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui, à St. John's seulement	Oui	Assessment and Treatment Unit	Oui, dans certaines régions	Oui, là où les services sont offerts	• Special Assistance • Equipment and Supplies	Oui	Non	Les services de transport relèvent du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi

Territoire administratif	Groupes de soutien			Soutien d'urgence			Programmes de socialisation et d'apprentissage de l'autonomie		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	En partie	Support Groups	Oui	Oui	Fait partie des Home Care	Oui	Oui	Life and Social Skills for Independent Living
Ontario	Oui	Oui	Services de soutien	Oui	Oui	Services d'intervention et d'assistance pour les personnes âgées	Oui	Oui	Services de préparation à la vie active (handicapés)
Québec	Oui	Oui	Groupes de soutien	Oui	Oui	• Hébergement temporaire • Répit en centre de jour	Oui	Oui	Pas de terme particulier
Nouveau-Brunswick	Oui	Non	Groupes de soutien	Oui	Oui	• Directives relatives aux lits d'urgence • Services de permanence centralisés	Oui	Non[24]	Autonomie fonctionnelle
Nouvelle-Écosse	Oui	Non	Support Groups	Non	Non	S.O.	Oui	Non	Life Skills
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Oui	Support Groups	Non	Non	S.O.	Oui	Non	S.O.
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui	Oui	• Support Groups • Friendly Visitation	Oui	Oui	Crisis Support	Oui	Non[25]	S.O.

[24] *Dans les établissements*

[25] *Accès au service coordonné dans certaines régions*

Territoire administratif	Services de relève			Soins palliatifs			Services bénévoles		
	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom	Disponible	Dans les soins continus	Nom
Manitoba	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Ontario	Oui	Oui	Services de relève	Oui	Oui	Soins palliatifs	Oui	Oui	Services bénévoles
Québec	Oui	Oui	• Gardiennage • Hébergement temporaire	Oui	Oui	Soins palliatifs	Oui	Oui	Groupes bénévoles
Nouveau-Brunswick	Oui	Oui	Services de relève	Oui	Oui	Soins palliatifs	Oui	Oui	Services bénévoles
Nouvelle-Écosse	En partie	Oui	Respite Services	En partie	En partie	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Île-du-Prince-Édouard	Oui	Oui	Respite Services	En partie	En partie	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui	Oui	Respite Services	Oui	Oui	Palliative Care	Oui	Oui	Volunteers

Territoire administratif	Habitations collectives		
	Disponible	**Dans les soins continus**	**Nom**
Manitoba	Oui	Non	Residential Care Facilities et Elderly Persons' Housing
Ontario	Oui	Non	• Logements pour personnes âgées • Logements supervisés
Québec	Non	Non	S.O.
Nouveau-Brunswick	Oui	Non	• Appartements pour aînés • Logement subventionné
Nouvelle-Écosse	Oui	Oui	• Seniors Apartments • Retirement Residences • Enriched Housing Units
Île-du-Prince-Édouard	Non	Non	S.O.
Terre-Neuve - Ministère de la Santé et régions de St. John's et du Centre	Oui, dans certaines régions	Oui, là où les services sont offerts	Congregate Living Arrangements

NOTES

1. Hollander, M.J. (1994) Rapport sur le projet d'étude de la nécessité et de la faisabilité d'une base de données nationale sur les soins continus. Ottawa, Statistique Canada (n° de réf. 82F0012XPF).

2. Hollander, M.J. (1994) . The Costs, and Cost-Effectiveness, of Continuing Care Services in Canada. Ottawa: Queen's University of Ottawa Economic Projects - Working Paper No. 94-10

3. Sous-comité fédéral-provincial-territorial des soins continus (1992). Les orientations futures dans le domaine des soins continus. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

4. Sous-comité sur les guides relatifs aux services institutionnels (1998). L'évaluation et le placement dans le cadre des soins prolongés: un modèle à accès unique. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

5. Sous-comité fédéral-provincial-territorial sur les soins prolongés (1990). Rapport sur les soins à domicile. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

6. Ces cinq secteurs ont été établis par Marcus Hollander (1994) dans The Costs, and Cost-Effectiveness of Continuing Care Services in Canada, Ottawa, Queen's University of Ottawa Economic Projects - Working Paper No. 94-10. L'auteur note que, pris ensemble, les cinq éléments - l'accès unique, la coordination des services d'évaluation et de placement, la gestion concertée des cas, la classification uniforme des niveaux de soins et l'administration centralisée - représentant le meilleur modèle d'organisation d'un système de prestation de soins continus.

ANNEXES

ANNEXE A : SURVOL DES SYSTÈMES DE SOINS CONTINUS PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Introduction

Les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) couvrent une immense région de faible densité de population. La façon dont les services de soins de longue durée sont organisés et dispensés reflète les besoins de cette population particulière. Les T.N.-O. ont fusionné leurs services de santé et leurs services sociaux en un seul ministère en 1994 et travaillent depuis à élaborer un modèle régional de prestation des services. Les deux anciens ministères ont été amalgamés pour former le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en avril 1997. La fusion a été complète en ce sens qu'il y a eu intégration de tous les services et qu'il ne subsiste pas, au sein du nouveau ministère, de structures administratives parrallèles pour le secteur de la santé et celui des services sociaux.

Le processus de régionalisation est bien amorcé. Certains conseils régionaux et communautaires ont été mis en place il y a déjà quelques années, tandis que d'autres ont été formés assez récemment. Le MSSS a dressé une liste des services essentiels ainsi qu'un ensemble de protocoles qui encadrent ses rapports avec les conseils régionaux. Ces protocoles sont énoncés dans une série de documents, les *Relationship Documents*, qui traitent de questions telles que les accords de partenariat, les ententes de contribution et les mécanismes de reddition de comptes.

En ce qui concerne les soins continus, le MSSS a élaboré un plan d'affaires complet pour 1997-1998, qui renferme une série de recommandations sur les mesures à prendre pour améliorer l'intégration et la coordination des services de soins continus dans les T.N.-O.

Utilisation des principaux termes

Le principal terme auparavant utilisé dans les T.N.-O. était *long term care*. En raison d'un récent changement, le terme *continuing care* est maintenant celui qu'on emploie pour désigner l'éventail complet de services dispensés en établissement, à domicile et dans la communauté aux personnes de tous âges. Le terme *long term care* ne couvre aujourd'hui que les services en établissement. L'emploi des termes *home care* et *home support* varie quelque peu d'une région à l'autre; toutefois, les deux sont considérés comme faisant partie du concept général de soins continus. Les soins à domicile sont généralement désignés par l'appellation *Coordinated Home Care Program*, qui couvre les services communautaires dispensés à domicile. Les T.N.-O. comptent douze conseils dotés de programmes coordonnés de soins à domicile. Les *home support services* sont habituellement fournis dans le cadre de ces programmes. Cependant, dans certaines régions, seul le soutien à domicile est offert. Dans ces régions, le terme *home care* est également utilisé, mais il décrit ce qui est essentiellement le *home support*. Les services de soins infirmiers y sont dispensés par un centre de santé.

Prestation et organisation des services

Actuellement, les T.N.-O. n'ont pas de système d'accès unique pour l'ensemble des services de soins continus. Le plan d'affaires de 1997-1998 fait toutefois une recommandation à cet effet et les autorités responsables ont déjà entrepris de planifier et de concevoir un tel système.

Sur le plan de l'évaluation, les T.N.-O. possèdent un instrument d'évaluation uniforme des soins de longue durée appelé *Assessment and Placement Record*. Il existe un formulaire différent pour les soins à domicile ainsi que divers autres formulaires utilisés localement

pour la gamme complète des soins à domicile et des services communautaires. Le plan d'affaires de 1997-1998 prévoit la mise en place de cet instrument d'évaluation et de placement dans les T.N.-O. en tant qu'outil d'évaluation global et standard qui serait employé par tous les services de soins continus, sauf dans le cas des personnes nécessitant un niveau de service très faible.

La gestion des cas des bénéficiaires des services communautaires se fait par l'entremise des services de soins à domicile et de soutien à domicile. En général, les personnes chargées de la gestion des cas dispensent aussi elles-mêmes certains services. Ainsi, la gestion des cas et la prestation des soins ne constituent pas deux fonctions distinctes dans les T.N.-O. Pour qu'un bénéficiaire puisse recevoir des soins en établissement, le responsable de cas doit démontrer que le besoin est réel. Une fois le bénéficiaire admis dans un établissement, le personnel de cet établissement prend en charge la gestion de son cas.

Au chapitre de la classification des soins, *l'Assessment and Placement Record* comporte un système de classification de six niveaux. Les niveaux 5 et 6 concernent les services de réadaptation intensive et les soins actifs. Les établissements de soins de longue durée peuvent accueillir des bénéficiaires aux besoins divers, mais la plupart dispensent des soins de niveau 3. Les soins de niveau 4 correspondent habituellement aux soins prolongés. Les soins prolongés ou les soins aux malades chroniques font partie des soins de longue durée et sont généralement dispensés aux occupants de lits ou d'unités désignés, dans des hôpitaux. Il n'y a pas de système de classification officiel pour les soins à domicile. Cependant, la pratique courante veut que l'on fournisse dans la communauté les services aux personnes dont les besoins correspondent aux soins de niveaux 1 et 2, si on classifiait ces services selon le système à 6 niveaux du *Assessment and Placement Record.*

Les principales personnes responsables des services de soins de longue durée sont les suivantes : *Consultant, Residential Care, Elderly and Handicapped; Consultant, Home Care; Consultant, Independent Living; Consultant, Rehabilitation Services;* et *Consultant, Residential Care for Children.* Il existe également un groupe de travail sur la réforme des soins de santé, le *Care Reform Working Group*, dont le mandat porte entre autres sur l'élaboration d'un plan d'action en vue de la réorganisation des établissements de soins dans les T.N.-O. Ce groupe est lié à la *Mental Health Act* et aux groupes de travail *Addictions Reform et Promotion*, par l'entremise de la *Project Teams and Board Support Unit*, qui relève du sous-ministre adjoint de la Santé et des Services sociaux.

Actuellement, la structure organisationnelle transitoire compte trois directeurs *(Population Health, Financial and Management Services, et Policy and Planning*) et un sous-ministre adjoint/directeur, *Program Planning, Support and Evaluation.* Le sous-ministre adjoint/directeur dirige une division comptant deux unités, chacune supervisée par son propre chef. Tous les consultants des services de soins de longue durée relèvent maintenant du *Manager, Programs and Services.* La *Project Teams and Board Support Unit* est une nouvelle entité au Ministère.

La division appelée *Program Planning, Support and Evaluation* sera bientôt intégrée à la *Population Health Division*, conformément à l'intention prévue de n'avoir que trois divisions.

YUKON

Introduction

Au Yukon, les services de soins continus relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les programmes de soins à domicile ont toujours fait partie du secteur Services sociaux du Ministère. La responsabilité du volet

établissements des services de soins continus a été transférée du secteur Santé du Ministère à cellui des Services sociaux en 1996. En outre, Santé Canada, qui auparavant administrait les services de santé au nom du Territoire du Yukon, a récemment délégué la responsabilité de ces services au ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon.

Utilisation des principaux termes
Les deux principaux termes utilisés au Yukon sont *continuing care* et *home care*. On employait le terme *long term care* pour désigner les services en établissement, mais cette expression a de moins en moins cours. Le terme *continuing care* a commencé à se répandre il y a environ quatre ans et en est venu à supplanter celui de *long term care*.

Le terme *continuing care* désigne principalement les services en établissement, mais il englobe également un certain nombre de services communautaires dispensés dans les établissements de soins. Il est question ici de services thérapeutiques, tels que la physiothérapie, l'orthophonie, l'ergothérapie et les services de relève à domicile. Au Yukon, le terme *continuing care* ne sert pas de terme générique couvrant la notion de *home care*. Les soins de longue durée et les soins à domicile forment en effet deux programmes distincts. On note toutefois des liens d'ordre pratique entre ces deux programmes. Par exemple, le secteur des soins à domicile a des thérapeutes (ergothérapeutes, physiothérapeutes) qui travaillent dans le cadre du programme des soins à domicile, mais qui sont rémunérés et supervisés par un établissement de soins de longue durée, la responsabilité administrative des services de réadaptation relevant de ces établissements.

Au Yukon, la notion de *home support* est incluse dans celle de *home care*. Le programme des soins à domicile administre les services d'admission et de gestion de cas et fournit les services de divers praticiens, tels que les infirmières, les travailleurs sociaux, les thérapeutes et les préposés au soutien à domicile. Les soins à domicile sont répartis en trois catégories : les soins actifs, les soins palliatifs et les soins de longue durée. Les préposés au soutien à domicile et les praticiens professionnels oeuvrent dans chacune de ces trois catégories. Les services de soins à domicile sont offerts par l'entremise d'un bureau situé à Whitehorse, qui dessert l'ensemble du Territoire du Yukon. Par ailleurs, les Premières Nations ont aussi la possibilité de fournir des services de soutien à domicile aux membres de leurs communautés.

Prestation et organisation des services
Étant donné sa faible population, le Yukon compte relativement peu d'établissements de soins. Un centre de soins de longue durée de niveau élevé a récemment été construit. Cet établissement traite maintenant des malades chroniques également. Par conséquent, les hôpitaux ne dispensent plus de soins aux malades chroniques. Le Yukon possède un système d'accès unique pour l'admission des bénéficiaires aux établissements, qui fait appel à un comité de placement. Il applique également un système d'accès unique pour les soins à domicile.

Le secteur des soins à domicile fournit un service d'approche des personnes âgées (par un travailleur social) afin de rejoindre les personnes qui pourraient « passer à travers les mailles du filet » des deux systèmes d'accès unique. Les évaluations initiales pour l'accès aux soins à domicile sont en général effectuées par des travailleurs sociaux, qui dispensent aussi des services directement aux bénéficiaires. Dans le cas des services médicaux, tels que le volet substitution des soins actifs du secteur des soins à domicile, les soins sont dispensés par des infirmières et d'autres professionnels de la santé (p. ex. des ergothérapeutes), selon les besoins. Dans les régions éloignées du Yukon, les bureaux des Services sociaux constituent les points d'accès unique aux soins à domicile.

Cependant, maintenant que la responsabilité des postes de soins infirmiers a été transférée du gouvernement fédéral à celui du Yukon, ces postes pourraient aussi devenir des points d'accès au système.

Au chapitre de l'évaluation, la demande de placement qu'utilise le comité de placement pour déterminer les besoins du bénéficiaire en matière de soins en établissement sert d'outil d'évaluation uniforme pour les établissements de soins de longue durée. Il existe également un système de classification standard comportant cinq niveaux de soins. Le personnel du secteur des soins à domicile aide de nombreux bénéficiaires dans leurs démarches en vue d'être admis dans un établissement, p. ex. ces derniers peuvent avoir accès aux soins en établissement par l'entremise du programme des soins à domicile. Cependant, d'autres soignants peuvent aussi adresser des bénéficiaires au comité de placement et les aider en cas de besoin.

Pour ce qui est de l'évaluation, le secteur des soins à domicile s'est doté d'un processus uniforme pour l'admission et le suivi des nouveaux bénéficiaires. Toutefois, les services de soins à domicile n'utilisent pas tous un outil d'évaluation standard pour le moment. Le secteur envisage d'élaborer un instrument d'évaluation informatisé. Le personnel des soins à domicile dispense des soins aux bénéficiaires et assume la fonction de gestion des cas. Mais une fois qu'un bénéficiaire est admis dans un établissement de soins de longue durée, la responsabilité de la gestion de son cas est transférée à l'établissement. Il n'y a pas de système de classification des bénéficiaires pour les soins à domicile, mais on les classe officieusement selon le système de niveaux de soins utilisé pour les établissements, à des fins de planification et de statistique. Les services de soins continus et de soins à domicile sont disponibles pour les personnes de tous âges, y compris les enfants.

En ce qui concerne la structure administrative, on note que deux personnes sont respectivement responsables des soins continus et des soins à domicile. Le fonctionnaire chargé des soins continus relève du sous-ministre adjoint des Services sociaux, tandis que celui qui a la charge des soins à domicile relève du *Director, Social Services*, qui rend compte au même sous-ministre adjoint.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

Introduction

La Colombie-Britannique a récemment terminé un processus de régionalisation qui a eu pour effet de transférer la responsabilité des services de soins continus aux *Regional Health Boards* (RHB), aux *Community Health Councils* (CHC) et aux *Community Health Services Societies* (CHSS). La *Continuing Care Division*, qui était auparavant responsable de la gestion globale du système de soins continue, a été graduellement démantelée. On retrouve maintenant un sous-ministre adjoint responsable des *Acute and Continuing Care Programs*. Ainsi, la Colombie-Britannique continue de gérer l'ensemble des soins continus à l'échelle du Ministère. La responsabilité des soins continus, dispensés par les RHB, les CHC et les CHSS, est dévolue aux *Regional Directors* et au *Director, Operational Support*, qui relèvent du sous-ministre adjoint. Au début des années 90, certaines provinces étaient dotées d'une structure administrative unique pour les soins continus, mais la totalité maintenaient des filières distinctes pour les soins en établissement et les services communautaires. La Colombie-Britannique, du milieu des années 80 au début des années 90, était la seule province à intégrer entièrement les deux types de services.

Les soins continus en Colombie-Britannique présentaient une autre caractéristique relativement unique avant la régionalisation: le secteur du soutien à domicile était très solide et se distinguait des services professionnels, tels que les soins infirmiers et les services de

réadaptation. La Colombie-Britannique n'utilisait pas le terme *home care* pour décrire ces services professionnels. On les désignait plutôt par les termes *direct care* ou *clinical care*. Les services de soutien à domicile et les services professionnels communautaires étaient regroupés sous le terme descriptif *community based services*. Comme les services ont été régionalisés assez récemment, nous n'avons par réalisé d'entrevues avec le personnel régional dans cette province.

Utilisation des principaux termes

Bien que le terme *continuing care* ait été utilisé par le passé dans un sens à la fois descriptif et administratif, son emploi est devenu avec la régionalisation plus descriptif ou désigne maintenant une stratégie portant sur la façon dont les services sont dispensés aux personnes âgées et aux handicapés. La Continuing Care Act est toutefois toujours en vigueur et énumère l'éventail de services de soins continus qui sont englobés sous le terme générique *continuing care*. L'expression *long term care* était employée comme terme descriptif pour désigner les soins en établissement et la gamme complète des services de soutien et de soins à domicile, à l'exclusion des soins infirmiers et des services thérapeutiques de réadaptation de courte durée. L'appellation *long term care* est de plus en plus considérée comme désuète en Colombie-Britannique et s'applique maintenant davantage aux soins en établissement, comme dans l'expression *long term facility care*. La Colombie-Britannique n'utilisait pas le terme *home care*, sauf dans un sens descriptif dans ses communications avec d'autres autorités. Actuellement, les termes en usage sont *community home care nursing* et *community rehabilitation*. On pourrait voir l'emploi du terme *home care* se répandre dans les RHB, les CHC et les CHSS, mais il est trop tôt pour affirmer que tel sera le cas.

Auparavant, on utilisait le terme *home support* pour décrire un ensemble de services communautaires comprenant les foyers de groupe et les centres de jour pour adultes. Au cours des cinq dernières années, ce terme est devenu de plus en plus synonyme de *homemaker services*, aujourd'hui appelés *home support worker services*. Les autres services qu'on regroupait sous le terme générique *home support* sont maintenant désignés par leur appellation propre; c'est le cas, par exemple, des programmes de repas, des foyers de groupe et des centres de jour pour adultes. Pris de façon collective, on les appellera les *Community Support Programs*. Actuellement, les soins de longue durée comportent trois grands volets : l'évaluation et la gestion des cas, les services communautaires et les soins en établissement.

Prestation et organisation des services

La Colombie-Britannique possède toujours un système d'accès unique pour tous les services de soins continus dispensés en établissement et dans la communauté, y compris les soins infirmiers et les services de réadaptation. Les programmes *Community Home Care Nursing* et *Community Rehabilitation* ont chacun établi un formulaire d'évaluation pour leurs bénéficiaires. Il semble qu'il y ait eu, au cours des dernières années, une division un peu plus marquée entre les *Community Support Services* et les programmes *Community Home Care Nursing et Community Rehabilitation*. Toutefois, il subsiste toujours une bonne coordination entre ces services et les personnes nécessitant des soins professionnels de longue durée peuvent bénéficier à la fois du *Community Support Program* et des programmes *Community Home Care Nursing* et *Community Rehabilitation*.

Il existe un instrument d'évaluation uniforme à l'échelle de la province, qui est appliqué à tous les bénéficiaires de soins continus, indépendamment du type de service dont ils ont besoin (en établissement ou dans la communauté). On utilise également un formulaire d'évaluation provincial au sein des

programmes *Community Home Care Nursing* et *Community Rehabilitation*. Les responsables de cas remplissent le formulaire d'évaluation des soins continus et déterminent pour tous les bénéficiaires un niveau de soins selon un système de cinq niveaux (*Personal Care, Intermediate Care 1-3* et *Extended Care*). Les bénéficiaires sont classifiés avant d'avoir accès à un service ou à un ensemble de services.

Les responsables de cas (*case managers*) sont chargés de l'admission des bénéficiaires et de l'élaboration d'un plan de soins qui détermine la quantité et la nature des services requis. Ils autorisent ensuite l'accès à ces services. Ils communiquent au nom des bénéficiaires avec les organismes qui dispensent les services et prennent les arrangements nécessaires pour assurer la prestation des soins requis. Les responsables de cas réévaluent les bénéficiaires de manière régulière et conservent la responsabilité de la gestion globale des cas même après qu'un bénéficiaire est admis dans un établissement de soins de longue durée. Les soins prolongés (*extended care*) sont dispensés dans les hôpitaux de soins actifs, les *Extended Cares facilities*, les *Multi-Level Care facilities* (qui accueillent à la fois les bénéficiaires de soins intermédiaires et de soins prolongés) et les hôpitaux privés (qui traitent également des bénéficiaires de soins intermédiaires et de soins prolongés). Cependant, l'accès à tous ces services se fait par le système de soins continus. Par conséquent, les lits de soins prolongés sont considérés comme faisant partie du système de soins continus. Les responsables de cas continuent de faire les évaluations régulières et de déterminer le niveau de soins requis par les bénéficiaires de tous les établissements. Ainsi, la Colombie-Britannique possède un système d'accès, d'évaluation, de classification et de gestion des cas qu'on pourrait qualifier de « systémique ». Les établissements de soins peuvent élaborer des plans de service pour leurs bénéficiaires, mais ce sont les responsables de cas qui assument la responsabilité globale d'établir le plan de soins, qui peut faire intervenir divers types de soignants, de réévaluer régulièrement les dossiers des bénéficiaires et de modifier au besoin le plan de soins global. Les programmes *Community Home Care Nursing* et *Community Rehabilitation* dispensent directement des soins aux personnes résidant dans leurs établissements et s'occupent également de la gestion clinique des cas et de la réévaluation régulière des bénéficiaires.

ALBERTA

Système provincial

Introduction

L'Alberta a procédé à la régionalisation de la plupart de ses services de santé, bien que les *Mental Health et les Alcohol and Drug Services* continuent d'être gérés par des commissions distinctes et d'être financés de manière centralisée. Dans le cadre du processus de régionalisation, le ministère de la Santé de l'Alberta a connu une importante réduction de son personnel : en termes d'équivalents temps plein, ses effectifs sont passés de 2 200 employés à 600 après les réformes. Un grand nombre d'employés du Ministère ont été déployés dans les régions. Le personnel qui reste s'occupe principalement d'élaboration de politiques, de planification, de surveillance, d'établissement de normes et de gestion de projets.

Comme la responsabilité opérationnelle de la prestation des soins continus a été décentralisée, il n'y a pas de poste au ministère de la Santé de l'Alberta consacré exclusivement à la gestion des soins continus. Cependant, on note dans ce secteur de la santé un certain nombre de projets réalisés par le Ministère en collaboration avec les autorités régionales de la santé (*Regional Health Authorities*). Sont déjà en cours des projets majeurs visant la modification de l'instrument d'évaluation et de placement de l'Alberta, *l'Alberta Assessment and Placement Instrument* (AAPI), et des systèmes de

classification des soins en établissement et des soins à domicile, les *Resident and Home Care Classification Systems*, ainsi que l'élaboration d'indicateurs de rendement pour les soins continus. De plus, la province a récemment entrepris un examen général du secteur des soins de longue durée *(Long Term Care Review)*.

Le système de soins continus de l'Alberta a toujours été solidement dirigé par le passé, ce qui a permis aux conseils régionaux (*Regional Boards*) de maintenir la plupart des éléments du système et favorisé la collaboration entre les conseils et le ministère de la Santé pour ce qui est de modifier et d'améliorer ce système. Dans le passé, les soins en établissement et les soins à domicile étaient administrés séparément en Alberta, mais il y avait généralement une étroite coordination entre les deux secteurs. Pendant une courte période, qui a débuté en 1994, les soins en établissement, les soins à domicile et les services d'aide à la vie autonome ont été intégrés dans une même structure administrative au Ministère. On reconnaît actuellement en Alberta que, bien que les conseils régionaux disposent d'un degré d'autonomie raisonnable, les normes et les politiques provinciales demeurent importantes. Par conséquent, les principaux dossiers sont en général traités sur une base partenariale.

Utilisation des principaux termes

La terminologie utilisée en Alberta est quelque peu en transition. On emploie le terme *continuing care* pour décrire l'éventail complet des services dispensés en établissement, dans la communauté et à domicile. Le terme *long term care* devient désuet, bien qu'il désigne parfois les soins en établissement. La tendance semble être d'utiliser le terme *continuing care* comme concept, pour désigner le cadre organisateur, et aussi de l'employer de plus en plus comme terme opérationnel. Par exemple, on constate un usage croissant de l'appellation *continuing care centres* pour désigner ce qu'on nommait auparavant les *long term care facilities*.

Le terme *home care* est employé couramment en Alberta depuis de nombreuses années. Les services de *home support* sont considérés comme faisant partie des services de *home care*, qui eux-mêmes sont englobés dans la notion de *continuing care*, du moins à l'échelon provincial (la terminologie varie quelque peu entre les autorités régionales de la santé). Néanmoins, comme nous l'avons mentionné, l'usage de ces termes est encore en transition et certaines personnes parlent encore de *long term care facilities*. Qui plus est, l'examen général de ce secteur a pour titre *Long Term Care Review*.

Prestation et organisation des services

L'Alberta est dotée d'un système d'accès unique dans lequel les services d'évaluation, d'orientation et de gestion des cas sont assurés par le personnel responsable des soins à domicile. Pour le moment, l'Alberta n'a pas de structure administrative distincte pour l'évaluation et la gestion des cas. Le personnel des soins à domicile assume ces fonctions en plus de dispenser les soins. Dans les grandes municipalités, il peut y avoir une division fonctionnelle entre l'évaluation/gestion des cas et la prestation des soins, mais dans les petites localités, toutes ces fonctions sont confiées à la même personne.

Une formule d'évaluation uniforme, *l'Alberta Assessment and Placement Instrument* (AAPI), est utilisée à l'échelle de la province pour les services de soins continus. Certaines régions utilisent leur version adaptée de l'AAPI, mais les données recueillies sont très similaires. Une fois qu'un bénéficiaire est admis dans un établissement, la fonction de gestion du cas est transférée à l'établissement. Tous les résidents des établissements sont classifiés annuellement selon le *Resident Classification System* (RCS), qui comporte sept catégories (A-G). Il existe un autre système, le *Home Care Classification System*, qui ressemble au RCS, mais qui inclut des variables sur les services de soutien social. Le système de classification des soins à domicile

porte donc à la fois sur les besoins fonctionnels et les services de soutien social. On note un degré de comparabilité raisonnable entre les deux systèmes de classification pour ce qui touche les besoins fonctionnels, ce qui permet de faire des comparaisons entre les répartitions, selon les besoins relatifs, des bénéficiaires des établissements et des bénéficiaires de la collectivité, en utilisant une échelle similaire.

Étant donné que les services de soins continus sont dispensés par les régions, nous présenterons ici un aperçu de la situation dans deux district de l'Alberta : la *Capital Health Region*, à Edmonton, et la *Calgary Regional Health Authority*.

Capital Health Region (Edmonton)
Les services de soins continus, la santé communautaire, la santé publique, les services de réadaptation communautaires, les hôpitaux communautaires et les centres de santé, les hôpitaux de réadaptation et divers programmes de soins spécialisés relèvent tous du *Vice-President* et du *Chief Operating Officer, Community Care and Public Health.* Le terme *continuing care* a remplacé l'expression *long term care* pour désigner les soins en établissement. Le terme *home care* n'est pas utilisé. Les fonctions de *home support* sont comprises dans celles de *home care*. Le terme *home care* est employé pour désigner les bénéficiaires de soins de courte et de longue durée et de soins palliatifs. La majorité des bénéficiaires reçoivent des services de longue durée, que l'on désigne comme étant l'élément *long term care* des *home care.* Les fonctionnaires sont au courant de l'usage du terme *continuing care* comme générique désignant tous les services dispensés en établissement et dans la communauté, et pourraient dans l'avenir envisager de l'adopter dans ce sens. Mais pour le moment, le terme *continuing care* ne couvre que les services en établissement, y compris les soins aux malades chroniques. Dans la *Capital Health Region*, les soins à domicile et les soins de longue durée relèvent de personnes différentes, qui relèvent du *Vice-President* et du *Chief Operating Officer, Community Care and Public Health*.

Tous les bénéficiaires de soins à domicile, indépendamment de la nature des soins requis, font l'objet d'une évaluation complète de leurs besoins. La *Capital Health Region* possède un système d'accès unique ainsi qu'un instrument d'évaluation uniforme. Elle applique également le *Resident Classification System* et le *Home Care Classification System* de l'Alberta.

Le secteur des soins à domicile assume actuellement toutes les fonctions d'évaluation et de gestion des cas des bénéficiaires. Lorsqu'on juge qu'un bénéficiaire nécessite des soins de longue durée en établissement, son dossier est transféré à un responsable de cas d'un établissement (le *Continuing Care Case Manager*). La demande d'admission du bénéficiaire est ensuite examinée par un comité central d'évaluation et de placement. Le personnel des soins à domicile a aussi été déployé dans la plupart des hôpitaux et centres de réadaptation communautaires de sorte qu'il puisse évaluer les bénéficiaires dans ces établissements. De plus, les responsables de cas (en établissement) et le personnel des soins à domicile ont reçu une formation commune, de sorte que les deux groupes d'employés puissent s'occuper du processus d'admission et d'évaluation. Une fois évalué, le bénéficiaire restera dans l'établissement ou continuera de recevoir des soins à domicile, s'il est jugé recevoir le niveau de soins requis, ou sera transféré au programme correspondant à ses besoins. Ce processus facilite l'accès des bénéficiaires au système de soins. Les bénéficiaires des services communautaires sont évalués par le personnel des soins à domicile. Le placement dans tous les établissements de soins de longue durée est encore la responsabilité d'un comité central d'évaluation et de placement. Les listes d'attente sont aussi gérées centralement.

Calgary Regional Health Authority

Jusqu'à récemment, la *Calgary Regional Health Authority* comptait un *Vice-President for Continuing care* et tous les services de soins continus relevaient de cette personne. Elle assume maintenant des responsabilités additionnelles, celles de la santé publique et communautaire. Son titre a été changé pour celui de *Chief Operating Officer for Community Health Resources.* En raison de l'intégration de la santé publique et communautaire dans le secteur des soins continus, on a senti le besoin de modifier une partie de la terminologie utilisée dans le domaine. Par conséquent, les termes *continuing care, long term care* et *home care* ne sont plus en usage à Calgary. On utilise désormais le terme *supported living* pour désigner les soins de longue durée en établissement, qui englobent les soins aux malades chroniques. Le programme des soins à domicile s'appelle aujourd'hui *Community Care and Support*. On note également une tendance à mettre davantage l'accent sur les besoins des bénéficiaires que sur le milieu dans lequel les services sont dispensés. Le programme *Community Care and Support* assume la fonction d'évaluation et offre un éventail de services plus large que l'ancien programme, par exemple, les *Adult Day Programs*, les *Technical Supports (Aids for Activities of Daily Living)*, la *Community Rehabilitation* et les *Transition Services*.

La *Calgary Regional Health Authority* est dotée d'un système d'accès unique. Elle possède également un formulaire d'évaluation uniforme basé sur l'AAPI, mais différent de celui qui a été établi à Edmonton. Le personnel du programme *Community Care and Support*, qui est responsable des services de type soins à domicile, assume toujours les fonctions d'admission, d'évaluation et de gestion des cas. Il s'occupe des dossiers des bénéficiaires, même s'ils sont admis dans un hôpital de soins actifs pour une brève période. Il dispense en outre des soins infirmiers. Si un bénéficiaire est admis dans un centre de soins, la gestion du cas est remise au personnel de l'établissement. Les *Transition Services* s'occupent de la tenue des listes d'attente pour l'admission aux établissements. Les malades ayant reçu leur congé de l'hôpital et les cas urgents ont la priorité pour ce qui est des soins en établissement.

Sur le plan de l'organisation administrative, une personne est responsable des soins en établissement et des services d'hébergement *(Senior Operating Officer for Supported Living and Specialized Services)* et une autre a la charge des services communautaires *(Senior Operating Officer for Community Care and Support)*. Ces deux personnes relèvent directement du *Chief Operating Officer for Community Health Resources*.

SASKATCHEWAN

Système provincial

Introduction

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan a élaboré et mis en oeuvre un modèle régional (à l'échelle des districts) de réforme du système de soins et adopté une approche globale des services de santé axée sur la notion de « mieux-être ». Le 1er avril 1995, il a procédé au redéploiement de près de 1 400 employés, qui dispensaient des services communautaires pour le Ministère, dans des conseils de santé de district, les *District Health Boards*. La *Continuing Care Division* du ministère de la Santé a été éliminée progressivement dans le cadre du processus de régionalisation en 1993.

Selon la structure du ministère de la Santé de la Saskatchewan, un sous-ministre associé est responsable de tous les services de santé régionaux et un sous-ministre adjoint est chargé de services tels que l'assurance-santé, les services médicaux et les médicaments de prescription, qui n'ont pas été décentralisés. La Saskatchewan a également dressé une liste des services de santé essentiels qui doivent être

offerts par les conseils de district. Le personnel du Ministère s'occupe maintenant principalement d'élaborer des politiques générales, des normes et des lois.

Utilisation des principaux termes

La terminologie relative aux soins continus est en transition en Saskatchewan. Il n'y a pas de tradition établie dans l'usage du terme *home support*. Les services de soutien à domicile font généralement partie des soins à domicile. Par le passé, le terme *long term care* servait à désigner les soins en établissement (y compris les soins aux malades chroniques) et l'appellation *continuing care* était employée comme terme générique couvrant la totalité des services dispensés dans les établissements et dans la communauté. La terminologie n'est plus la même aujourd'hui. Le terme *home care* est toujours en usage, mais on rencontre également l'expression *home based care*. Le terme *supportive services* a supplanté celui de *continuing care* pour désigner l'éventail complet des services offerts en établissement et dans la communauté. Quant à l'expression *long term care*, elle tombe en désuétude depuis plusieurs années.

Prestation et organisation des services

La responsabilité opérationnelle de la prestation des services de soutien (*supportive services*) a été transférée aux districts de santé. En général, la plupart des districts ont recours à un modèle d'accès unique, et certaines régions ont amélioré leur système d'accès unique. Il existe un instrument d'évaluation uniforme que l'on recommande d'utiliser pour les services de soutien, qui s'appelle le *Saskatchewan Client Information Profile* (SCIP). Il est prévu que les districts de santé de la Saskatchewan adopteront le *Minimum Data Set* (MDS-2) comme outil d'évaluation dans les établissements ainsi que la méthode *Resource Utilization Groups* (RUG III) pour la classification des résidents des établissements. Actuellement, on applique à cet égard le système de classification de quatre niveaux. L'utilisation des instruments MDS-2 et RUG III fait l'objet d'un projet pilote dans le district Prince Albert. On continuera toutefois d'employer le SCIP pour les services et les soins à domicile, même après l'adoption de MDS-2 et de RUG III pour les soins en établissement.

Certains districts ont un service de gestion des cas distinct des soins à domicile, tandis qu'ailleurs, la gestion des cas et la prestation des soins sont assurées par le programme des services à domicile. Dans les deux cas, les responsables de cas prennent les arrangements nécessaires pour que les bénéficiaires reçoivent les services appropriés. Ils facilitent aussi l'admission dans les établissements de soins et veillent au transfert de la gestion du cas au personnel de l'établissement qui accueille un nouveau bénéficiaire. Il n'y a pas de système de classification uniforme pour les bénéficiaires des services à domicile.

Pour ce qui est de l'organisation des services, on note que le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne s'occupe plus de l'exécution des programmes. Les deux personnes qui oeuvrent le plus activement à ce qui était le secteur de soins continus sont des directeurs au sein de la *Community Care Branch*. Le directeur exécutif de cette direction (qui englobe aussi les services *Mental Health et Addictions*) relève du sous-ministre associé de la *District Programs Division*. Dans cette province, les services à domicile et les soins de soutien en établissement sont offerts aux personnes de tous les groupes d'âge.

Regina Health District

Le *Regina Health District* utilise principalement le terme *long term care* pour décrire les soins en établissement et le terme *home care* pour désigner les services dispensés à domicile et dans la communauté. La notion de *home support* est comprise dans celle de *home care*, tandis que le terme *continuing care* est peu usité. Les *chronic care* font partie des *long term care* et, avec la régionalisation, d'autres établissements

de soins lourds, comme les centres de réadaptation, en sont venus à être inclus dans le secteur des *long term care*. Le district de Regina est doté d'un système d'accès unique ainsi que d'un système d'évaluation et de gestion des cas pour les bénéficiaires de soins à domicile et de soins en établissement, et son personnel est responsable de l'admission et des congés. Il s'occupe également de l'admission et des congés pour les programmes de soins actifs, de santé mentale et de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, ce qui montre l'intégration plus complète des services entre secteurs depuis la régionalisation. Le secteur des soins à domicile dispense lui aussi des services à une clientèle plus large. Par exemple, le personnel des soins à domicile peut maintenant se rendre dans les foyers de groupe du secteur de la santé mentale pour fournir les services requis, ce qui se faisait rarement avant la régionalisation.

Le *Saskatchewan Client Information Profile* (SCIP) est l'outil d'évaluation utilisé à Regina. Il existe en deux versions, la formule détaillée et la version abrégée. On remplit la version détaillée pour évaluer les bénéficiaires qui seront admis dans un établissement ou qui ont besoin de soins continus dans leur milieu. La version abrégée est utilisée dans le secteur des soins à domicile pour l'accès aux soins actifs de courte durée. Ce secteur recourt également à des outils particuliers à certaines disciplines pour une évaluation plus approfondie des besoins des bénéficiaires.

Il n'y a pas de système de classification officiel pour les soins à domicile. On emploie un outil de classification de quatre niveaux pour les bénéficiaires des soins de longue durée en établissement. Le *Regina Health District* a également élaboré un « outil d'indication des risques », qui permet de déterminer le niveau de risque pour les bénéficiaires et qui est utilisé à des fins préventives. Il sert également au processus de sélection à l'admission. Cet outil est différent de celui auquel on a recourt à Saskatoon.

Pour ce qui est de la structure organisationnelle du *Regina Health District*, deux personnes sont responsables des soins à domicile et des soins de longue durée, respectivement. Les deux relèvent du *Vice-President of Integrated Community Clinical Services*. Les éléments évaluation des bénéficiaires et coordination des cas des secteurs des soins de longue durée (soins en établissement) et des soins à domicile relèvent maintenant du *Vice-President of Medical Services*.

Saskatoon District Health

La terminologie en usage à Saskatoon est relativement flottante. On peut donner plusieurs sens au terme *continuing care*. Il décrit parfois l'éventail complet des services dispensés en établissement et dans la communauté, parfois les services plus lourds des soins en établissement. Le secteur des établissements est désigné par l'appellation *Continuing Care and Geriatric Services*, tandis que les soins à domicile relèvent du secteur *Family Health*.

Le terme *long term care* est en général associé aux établissements de soins lourds. Les soins en établissement sont désignés par les expressions *long term care* ou *continuing care*. Le terme *home care*, comme *continuing care*, peut avoir deux significations : la gamme entière des services dispensés à domicile ou les soins infirmiers à domicile seulement. Le terme *home support* est employé en Saskatchewan pour désigner les services non professionnels, tels que les auxiliaires et les aides familiales, et les services communautaires, comme les centres de jour pour adultes.

Saskatoon est dotée d'un système d'accès unique. Le personnel de la *Coordination and Assessment Unit* s'occupe de l'évaluation des bénéficiaires et de la gestion des cas. Il doit veiller à fournir aux bénéficiaires à la fois les soins à domicile et les soins de longue durée. Ainsi, comme en Colombie-Britannique, les fonctions d'évaluation et de gestion des cas à

l'échelle du système sont séparées de celles de la prestation des soins. *Saskatoon District Health* applique un instrument d'évaluation uniforme. On se fonde sur un système de classification de quatre niveaux pour la présentation de rapports au ministère de la Santé de la Saskatchewan. On emploie également le *Resident Classification System* (RCS) de l'Alberta (échelle de sept points, de A à G) pour l'affectation des fonds. Saskatoon, comme Regina, utilise un « outil d'indication des risques » dont on a vérifié la validité et la fiabilité, mais qui n'est pas le même que celui qu'applique Regina.

Au chapitre des services en établissement, on note qu'il y a eu une réduction importante du financement pour les niveaux de soins plus légers (niveaux 1 et 2) donnés dans les établissements. Les bénéficiaires concernés sont maintenant traités au sein de la communauté chaque fois que cela est possible, les établissements n'acceptant que les personnes nécessitant des soins plus lourds (niveaux 3 et 4), ce qui peut inclure les malades chroniques, les patients nécessitant des soins subaigus et les cas médicaux complexes. On observe une excellente collaboration entre *Saskatoon District Health* et le personnel des établissements, dont les représentants siègent aux organismes consultatifs du district. Pour ce qui est de l'utilisation éventuelle de MDS-2 et de RUG III, certaines personnes s'inquiètent du fait que la gestion de ces instruments pourrait exiger plus de temps et de ressources que l'emploi du RCS de l'Alberta pour les évaluations annuelles. Il s'agit d'une considération importante, car le district classifie près de 1 700 bénéficiaires par année.

En ce qui concerne l'organisation des services, *Saskatoon District Health* compte deux *Chief Executive Officers* qui travaillent en concertation. L'un est responsable du *Catholic Hospital*, l'autre, de tous les autres services de santé du district. Il y a cinq *Vice-Presidents*, de qui relèvent douze *General Managers*. L'un d'eux est responsable des soins en établissement (*Continuing Care and Geriatrics*) et un autre s'occupe des soins et du soutien à domicile (*Family Health Services*). Les services de soins et de soutien à domicile sont dispensés par le personnel du district. Les soins de longue durée en établissement sont assurés par 17 *Special Care Homes*, dont l'un est exploité par *Saskatoon District Health*, qui en est d'ailleurs l'unique propriétaire. Les 16 autres foyers sont exploités en vertu de contrats passés avec *Saskatoon District Health*. Les services dispensés tant en établissement que dans les communautés sont accessibles aux personnes de tous les groupes d'âge.

MANITOBA

Introduction

Le Manitoba a une longue tradition dans la prestation des services de soins continus. Le terme *continuing care* a été utilisé dans cette province pour désigner les services de soins et de soutien à domicile du milieu des années 70 jusqu'au début des années 90. En 1992, tous ces services ont été regroupés sous la responsabilité du sous-ministre adjoint responsable des *Continuing Care*. En 1994, le titre de ce poste a été changé pour sous-ministre adjoint des *Community and Mental Health Services*. Le Manitoba a entrepris de régionaliser la prestation des services en deux étapes. En septembre 1995, le ministre de la Santé a annoncé la mise en place de dix autorités régionales de la santé (*Regional Health Authorities*) dans le milieu rural et le nord du Manitoba. Le financement de fonctionnement de ces autorités a débuté le 1er avril 1997. Plus récemment, la régionalisation a été élargie au reste de la province. Deux conseils régionaux (*Regional Boards*), à Brandon et à Winnipeg, entreront en fonction en avril 1998.

Utilisation des principaux termes

Comme on l'a vu ci-dessus, le terme *continuing care* était utilisé au Manitoba du milieu des années 70 au début des années 90 pour désigner les services de soins et de soutien à domicile.

Avec la nomination en 1992 du sous-ministre adjoint responsable des *Continuing Care*, le terme en est venu à décrire l'éventail complet des services de santé dans ce secteur. Depuis 1994, il est moins courant et sert davantage de terme descriptif ou générique couvrant la notion globale de système de soins. Les deux expressions actuellement en usage sont *long term care,* qui désigne principalement les services en établissement, et *home care,* qui englobe les services dispensés à domicile et dans la communauté, y compris le soutien à domicile. Bien que le terme *long term care* soit généralement employé pour décrire les soins en établissement, on observe que les bénéficiaires de soins de longue durée du secteur des soins à domicile sont considérés comme faisant partie du volet soins de longue durée du secteur des soins à domicile.

Prestation et organisation des services

Le ministère de la Santé du Manitoba est en plein processus de restructuration et de réforme. Lorsque la régionalisation sera réalisée, les régions assumeront la responsabilité des opérations de prestation de tous les services de soins continus. Actuellement, le Manitoba est doté d'un système d'accès unique et d'un outil d'évaluation uniforme. Le secteur des soins à domicile sert de point d'entrée au système; son personnel s'occupe de remplir le formulaire d'évaluation et assure le suivi des cas des bénéficiaires qui demeurent dans la collectivité. Au Manitoba, les fonctions d'évaluation et de gestion des cas sont séparées de celles de la prestation des soins : les évaluateurs ou responsables de cas (*Assessors/Case Managers*) ne dispensent pas de soins. Ils ont plutôt pour tâche de faciliter l'accès à un large éventail de services. Ils veillent également au placement des bénéficiaires en établissement en appliquant le *Manitoba Assessment and Placement Process*. Une fois un bénéficiaire admis dans un établissement, la gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement.

Les lits de malades chroniques relèvent du secteur des soins de longue durée. Le Manitoba s'est doté d'un système de classification de quatre niveaux pour les services de soins personnels. On trouve relativement peu de personnes des niveaux 1 et 2 dans les établissements. Les évaluateurs/responsables de cas du secteur des soins à domicile se basent sur les niveaux de soins pour déterminer le degré de perte d'autonomie des personnes qui nécessitent des soins dispensés en établissement. Il n'existe pas de système de classification distinct pour les bénéficiaires des soins à domicile. On recourt cependant au système des établissements pour la planification et certains aspects de la prestation des services. On l'utilise par exemple pour déterminer s'il en coûte plus cher de soigner une personne à son domicile que dans un établissement.

Au chapitre de la structure administrative, on note que le haut fonctionnaire responsable des soins de longue durée au ministère de la Santé du Manitoba vient juste de prendre sa retraite. Le titulaire de cette fonction de même que le *Director, Home Care*, relèvent de *l'Executive Director of the Health Programs Branch* du ministère de la Santé, une direction des programmes de santé récemment créée. Ce dernier relève du sous-ministre adjoint des *External Programs and Operations* (auparavant *Community and Mental Health*).

ONTARIO

Introduction

L'Ontario a également entrepris une importante réforme de son système de santé. Elle n'a toutefois pas adopté le principe de la régionalisation; le ministère provincial de la Santé a plutôt amorcé des projets visant la mise en place de nouveaux modèles de prestation de services de soins primaires et l'élaboration de systèmes de santé intégrés. La province s'est lancée au cours des dernières années dans une série de réformes touchant les soins continus. Ces changements sont maintenant centrés sur

l'instauration d'un mécanisme d'accès unique par l'entremise des Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) récemment créés.

Utilisation des principaux termes
Le terme *continuing care / soins continus* n'est pas utilisé en Ontario. On emploie plutôt l'expression *long term care / soins de longue durée* pour décrire l'ensemble complet des services dispensés en établissement, à domicile et dans la communauté. L'Ontario a donc choisi comme terme générique *long term care / soins de longue durée* au lieu de *continuing care / soins continus*. Certains utilisent aussi le terme *long term care / soins de longue durée* pour désigner principalement les soins fournis en établissement. À noter que les hôpitaux ou unités d'hôpitaux de malades chroniques ne sont pas compris dans le secteur des soins de longue durée. Ils sont considérés comme faisant partie du système hospitalier.

En Ontario, le terme *home care / soins à domicile* couvre la notion de services professionnels individuels et de services de soutien, comme l'aide familiale. Il existe cependant des services communautaires, tels que les programmes de repas, les services de transport, les centres de jour pour adultes, les visites amicales, etc., que l'on désigne sous l'appellation Services communautaires de soutien. Bon nombre de ces services seraient compris dans la notion de *home support / soutien à domicile* dans d'autres provinces. Les soins à domicile comportent deux volets : la substitution des soins actifs de courte durée en milieu hospitalier, qui vise les personnes de tous âges, et les soins aux bénéficiaires qui nécessitent des services à long terme.

Plusieurs lois s'appliquent à l'ensemble des services de soins de longue durée en Ontario. La Loi concernant les soins de longue durée fournit la liste des services qui relèvent des services communautaires du secteur des soins de longue durée. Cette loi n'est toutefois pas encore totalement en vigueur.

Prestation et organisation des services
Les nouveaux Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) assument les fonctions d'accès unique, d'évaluation et de gestion des cas pour les bénéficiaires des soins à domicile. De plus, ils déterminent l'admissibilité aux services et autorisent les admissions dans les établissements de soins de longue durée. Une fois qu'un bénéficiaire est admis dans un établissement, la gestion de son cas est transférée au personnel de l'établissement. Les CASC ne peuvent toutefois approuver l'admission dans les hôpitaux de malades chroniques ni aux Services communautaires de soutien, bien qu'ils puissent adresser des bénéficiaires à ces services ou agir comme point d'accès en vertu d'un accord mutuel. Les CASC déterminent les services requis globalement et font l'achat de ces services auprès des fournisseurs de soins à domicile des différentes régions. Ces fournisseurs peuvent être des organisations à but lucratif ou non. Les CASC peuvent aussi adresser des bénéficiaires à des services et prendre des arrangements avec des fournisseurs de soins dans le cadre des fonctions de gestion des cas.

L'accès aux établissements de soins de longue durée se fait par l'entremise du personnel des CASC, qui détermine l'admissibilité des bénéficiaires en procédant à l'évaluation de leur cas. Cette évaluation peut s'insérer dans le processus régulier de réévaluation. Si elle est admissible, une personne peut indiquer l'établissement où elle préférerait aller et, en général, elle est alors inscrite sur une liste d'attente. Il incombe au personnel des CASC de gérer les listes d'attente des établissements de leur région.

Les hôpitaux de malades chroniques utilisent le formulaire d'évaluation américain MDS-2 ainsi que le système de classification des établissements RUG III. Il n'y a pas d'instrument d'évaluation uniforme pour les établissements de soins de longue durée, mais on travaille

actuellement à en élaborer un. Les établissements de soins de longue durée ont adopté le *Resident Classification System* de l'Alberta (niveaux A à G). Tous les résidents des établissements sont évalués une fois par année par des évaluateurs qui ne font pas partie du personnel de l'établissement où se trouve le bénéficiaire évalué. Les données de classification sont compilées selon une formule de financement fondée sur la composition de la clientèle, ce qui permet de déterminer le montant des remboursements à verser à chaque établissement.

Pour ce qui touche l'organisation du ministère de la Santé de l'Ontario, notons que tous les services de soins de longue durée (à l'exception des hôpitaux de malades chroniques et des foyers de groupe) relèvent du directeur exécutif des Soins de longue durée.

QUÉBEC

(Préparé par Ellen Leibovich, Hôpital général juif, Montréal)

Introduction

Le Québec est doté d'un modèle régional de prestation de services de santé depuis de nombreuses années. Les Centres locaux de services communautaires (CLSC) fournissent tout un ensemble de services à la collectivité suivant un modèle de soins primaires. Les CLSC relèvent des régies régionales de la santé, qui ont été pourvues de pouvoirs administratifs accrus durant les années 90.

Comme dans d'autres provinces où il y a eu régionalisation, plusieurs changements ont été apportés au Québec dans la façon dont le ministère provincial de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'organise pour répondre le mieux possible aux besoins des bénéficiaires de soins continus.

Il y a dix ans, les soins en établissement et les services communautaires destinés aux personnes âgées formaient deux secteurs distincts. Ces deux secteurs ont ensuite été fusionnés. On a par la suite créé la Direction de l'adaptation et de l'intégration sociale, qui servait à la fois les personnes âgées et les handicapés. Les services étaient dès lors gérés par une seule division administrative. Les fonctions du personnel ont changé et le nombre de postes dans chaque secteur a été réduit.

Le nom des établissements de soins a évolué au fil des ans. Ce qu'on appelait auparavant les *centres de soins prolongés*, les *centres d'accueil d'hébergement* et les *centres hospitaliers de soins prolongés* portent maintenant tous le titre commun de *centres d'hébergement et de soins de longue durée*. Les soins à domicile dispensés par les CLSC sont désignés par l'expression *services à domicile de première ligne*. Un petit nombre de services hautement spécialisés sont aussi fournis à domicile par d'autres fournisseurs de soins (p. ex. les services d'approche des hôpitaux).

Actuellement, il n'y a plus de division exclusivement responsable des personnes âgées au MSSS. Il n'y a donc pas de gestion centralisée de cette clientèle. La Direction de la recherche et de l'évaluation ainsi que la Direction de la santé publique se partagent les responsabilités à cet égard. Cependant, elles s'occupent d'autres secteurs également (p. ex. la protection de la jeunesse et la lutte contre les toxicomanies). Les directeurs de ces services sont donc partiellement responsables des personnes âgées.

Utilisation des principaux termes

Au Québec, on n'utilise pas les termes *soins continus* et *soins de longue durée*. C'est plutôt l'expression *services d'hébergement et de soins de longue durée* qui a cours pour décrire tous les services sociaux et les services de santé fournis dans les établissements.

En ce qui concerne les soins à domicile, on emploie l'appellation *services à domicile de*

première ligne pour désigner les soins et les services offerts dans la collectivité par les CLSC. Ainsi, lorsqu'on parle au Québec de services dispensés au domicile des bénéficiaires, on utilise le terme descriptif *services à domicile;* si l'on traite de manière descriptive des services à long terme donnés en établissement, on les appelle *services de soins en établissement de longue durée*.

Les soins à domicile sont fournis dans le but d'apporter de l'aide aux personnes qui restent à leur domicile, ou dans un endroit considéré comme étant leur domicile, qu'il s'agisse de soins infirmiers ou médicaux, de services de réadaptation, de services psychosociaux, d'aide personnelle ou ménagère ou encore de soutien social à la famille ou aux soignants. Ces services visent à maintenir les personnes dans leur milieu le plus longtemps possible.

Prestation et organisation des services

Bien que le Québec ait connu un mouvement progressif, et rapide, vers l'adoption d'un mécanisme d'accès unique par l'entremise des CLSC, il existe encore dans certaines régions deux points d'entrée principaux au système de soins. L'un est l'hôpital, l'autre le CLSC. Il est toutefois prévu qu'à l'avenir l'accès aux services de soins à domicile et en établissement se fera uniquement par les CLSC. On mettra en place à cet effet des mécanismes de coordination entre les CLSC et les hôpitaux. Si un patient hospitalisé doit être placé en établissement, la décision sera prise de concert avec le CLSC. L'instauration du système d'accès unique est maintenant chose faite à Montréal. D'autres modèles organisationnels de la prestation intégrée des services font par ailleurs l'objet de projets pilotes.

La Classification par type en milieu de soins et services prolongés (CTMSP) est l'outil utilisé au Québec pour évaluer les personnes qui doivent être placées dans un établissement. Cet outil ne s'applique toutefois pas aux soins à domicile. Les CLSC disposent d'une variété d'instruments (notamment le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et le SMAF modifié) pour évaluer les patients qui ont besoin de soins à domicile. On envisage cependant de revoir le processus d'évaluation afin d'établir et d'appliquer un seul outil pour tous les patients, qu'ils nécessitent des soins à domicile ou en établissement. Le MSSS a d'ailleurs mis sur pied un groupe de travail chargé d'élaborer cet outil en collaboration avec les réseaux de fournisseurs de services.

Au Québec, les soins en établissement et les soins à domicile sont généralement administrés de manière séparée, même s'il existe des modèles de gestion intégrée dans des régions rurales. Actuellement, chaque cas est géré par le secteur d'où provient le service. La mise en place du « virage ambulatoire » ou, plus globalement, la transformation des services sociaux et des services de santé tend à favoriser une plus grande coordination et une meilleure communication entre les hôpitaux et les CLSC, ce qui permet un suivi adéquat des cas et un rapprochement des services à domicile et des soins en établissement. On assiste en ce moment à tout un débat concernant la mise en oeuvre de plans de service individualisés qui favoriserait l'adoption d'une approche axée sur la gestion des cas. Bien qu'il s'agisse là d'un des objectifs visés, très peu d'organisations sont actuellement dotées des outils appropriés à cet égard.

Il n'y a pas de système de classification standard au Québec. On y utilise plutôt un système d'évaluation des besoins. Les bénéficiaires sont évalués, puis on détermine les services requis en fonction de leurs besoins. Lorsque les soignants de première ligne jugent l'admission en établissement nécessaire, on procède à une évaluation psycho-sociale complète du patient à l'aide d'un instrument uniforme, le CTMSP. Des équipes multidisciplinaires déterminent les services requis, après quoi des comités régionaux orientent les bénéficiaires en fonction

de leurs besoins et des ressources disponibles. Ce processus a pour nom « mécanisme d'orientation et d'admission ». La demande de service peut être présentée par le bénéficiaire ou un membre de sa famille, l'hôpital ou un médecin qui adresse le patient au CLSC.

La tendance actuelle est à la décentralisation de la gestion et de l'administration des services au profit des régies régionales de la santé. Le MSSS divise le budget dont il dispose en 18 budgets régionaux. Il veille à établir un cadre d'orientation générale et à appliquer des mécanismes de suivi et d'évaluation. Toutes les autres activités sont décidées et administrées par chacune des régies régionales.

NOUVEAU-BRUNSWICK

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick a procédé à une révision majeure de ses services de soins continus, qui a donné lieu à la publication, en 1993, d'un document intitulé *Stratégie des soins de longue durée*. Ce document présente la vision d'un système de santé plus ouvert, mieux coordonné et davantage axé sur le bénéficiaire.

Le Nouveau-Brunswick a terminé la mise en place d'un système d'accès unique en 1993. L'Hôpital sans murs et la Division de la famille et des services sociaux communautaires servaient tous deux de points d'entrée au système de soins, dans un processus d'accès unique. En fait, l'instauration de ce système a permis au Nouveau-Brunswick de remporter un énorme succès dans la réduction des listes d'attente pour l'admission en établissement, le nombre d'inscrits passant de 889 en 1992 à 55 en 1994. La Stratégie des soins de longue durée a élargi la portée du système d'accès unique en y incluant les Services de santé mentale. En 1996, on a procédé à la restructuration de l'Hôpital sans murs, qui est devenu le Programme extra-mural. L'organisation n'est plus un programme indépendant. L'administration centrale a été dissoute et les unités de prestation de services sont devenues la responsabilité des huit corporations hospitalières régionales. Le Programme dispense des soins actifs et des services de soins de longue durée. Par conséquent, chaque corporation hospitalière fournit maintenant des services de santé extra-muraux à sa clientèle. En outre, l'ancienne Commission de la santé mentale a été intégrée au Ministère en tant que Division des services de santé mentale et est maintenant un partenaire à part entière de la Stratégie des soins de longue durée.

Ainsi, au Nouveau-Brunswick, la Stratégie des soins de longue durée est mise en oeuvre par une équipe de trois partenaires, à savoir le Programme extra-mural (PEM), la Division de la famille et des services sociaux communautaires (DFSSC) et la Division des services de santé mentale (DSSM). La DFSSC s'occupe toujours de l'évaluation des bénéficiaires, tandis que le PEM et la DSSM n'assument cette fonction qu'au besoin. Alors que l'intervention de la DFSSC dans le secteur des soins de longue durée ne se fait que dans le cadre de la Stratégie, le PEM et la DSSM fournissent quant à eux des services de soins continus à d'autres clientèles à l'extérieur de ce cadre. La DSSM offre des services de réadaptation psycho-sociale, tandis que le PEM fournit les soins de réadaptation physique. Des services communautaires de santé mentale peuvent également être dispensés aux personnes nécessitant des soins de longue durée, au besoin.

Utilisation des principaux termes

Le terme *soins continus / continuing care* n'est pas utilisé au Nouveau-Brunswick. On recourt plutôt au terme *soins de longue durée / long term care* pour décrire la totalité des services dispensés en établissement, à domicile et dans la communauté. Le terme employé pour le volet résidentiel des soins de longue durée est le nom du type d'établissement : *foyer de soins /*

nursing home, pour les bénéficiaires ayant besoin de soins infirmiers en plus d'une aide considérable en matière de soins personnels, ou *établissement résidentiel / residential facility*, pour les bénéficiaires de soins légers. Les termes *soutien à domicile / home support* ou *aide familiale / homemaker* désignent quant à eux les services non professionnels. Le terme *soins à domicile / home care* peut être utilisé de manière descriptive, mais les services eux-mêmes relèvent du PEM, qui fait appel au terme *soins de santé à domicile / home health care*. Le PEM comporte deux secteurs de soins de santé à domicile : le volet substitution des soins actifs de courte durée et soins palliatifs et le volet soins de longue durée. Une personne est réputée faire partie du secteur des soins de longue durée du PEM si elle nécessite des soins pour une durée de quatre à six semaines ou plus. Le secteur des soins de courte durée fournit généralement des services pour une période de trente jours ou moins, bien que certaines personnes nécessitent des services de soins aigus durant plus de quatre semaines. Outre la durée des soins, on prend en considération le niveau de ressources requis pour déterminer si un bénéficiaire doit recevoir des soins actifs ou de longue durée.

Prestation et organisation des services

Comme on l'a mentionné ci-dessus, le Nouveau-Brunswick s'est doté d'un système d'accès unique. Les évaluations sont généralement réalisées par deux personnes, un travailleur social de la DFSSC et un professionnel de la santé du PEM ou de la DSSM. Le Nouveau-Brunswick utilise une version légèrement modifiée de *l'Alberta Assessment and Placement Instrument* (AAPI) comme instrument d'évaluation. Une fois l'évaluation effectuée, le travailleur social de la DFSSC agit habituellement comme responsable de cas, à moins que les besoins du bénéficiaire ne dictent de procéder autrement. Par exemple, le PEM s'occupera de la gestion des cas des bénéficiaires qui n'utilisent que ses services. En général, la fonction de gestion des cas est séparée de celle de la prestation des soins. Le responsable de cas aide le bénéficiaire à obtenir l'ensemble des services qui répondront le mieux à ses besoins. Il facilite également l'admission en établissement de soins. Chaque région compte un comité qui gère les admissions dans tous les établissements, y compris les foyers de soins; ce comité peut consulter, au besoin, divers professionnels. Les bénéficiaires peuvent indiquer jusqu'à trois choix d'établissements. Actuellement, la plupart des bénéficiaires obtiennent une place assez rapidement dans l'établissement de leur choix, car il n'y a pratiquement pas de délai d'attente pour les soins en établissement. Une fois qu'un bénéficiaire est admis dans un foyer de soins, le personnel de l'établissement prend la relève de la gestion de son cas. Le responsable de cas continuera toutefois d'assumer cette fonction si le bénéficiaire va dans un établissement résidentiel pour adultes. Le Nouveau-Brunswick possède un système de classification de quatre niveaux pour le placement en établissement. Les résidents des établissements résidentiels pour adultes appartiennent généralement aux niveaux 1 et 2, tandis que ceux des foyers de soins relèvent des niveaux 3 et 4. Les bénéficiaires de cette province font l'objet d'une vérification de leurs revenus et de leurs biens, certains devant assumer le coût total des services en établissement qu'ils reçoivent.

Au chapitre de la structure hiérarchique, on compte au Nouveau-Brunswick des sous-ministres adjoints responsables respectivement de la Famille et des Services sociaux communautaires, des Services en établissement (qui englobent les foyers de soins et le Programme extra-mural) et des Services de santé mentale.

NOUVELLE-ÉCOSSE

Introduction

Autrefois, la majeure partie de ce qu'on appelle les soins continus relevait en Nouvelle-Écosse du ministère des Services sociaux (aujourd'hui

le ministère des Services communautaires). La responsabilité des soins à domicile et des soins en établissement pour les personnes âgées a été graduellement transférée au ministère de la Santé. En raison de ce contexte historique, il existe toujours une étroite coopération entre les deux ministères, qui s'efforcent d'établir un système global au service d'une large clientèle, comprenant les personnes âgées, les enfants ayant des besoins spéciaux et les handicapés mentaux.

En ce qui concerne la santé, la Nouvelle-Écosse a mis en place un modèle régional de prestation des services dans quatre régions. Elle compte également quatre *Non Designated Organizations* (NDO), qui sont essentiellement des établissements ou des grands centres de soins tertiaires.

Les ministères de la Santé et des Services communautaires discutent actuellement de l'implantation éventuelle d'un système global et intégré d'accès unique à un large éventail de services pour l'ensemble de leurs clientèles. Plusieurs points devront être clarifiés durant le processus d'élaboration du nouveau système. La responsabilité des soins à domicile, des foyers de soins infirmiers ainsi que des foyers pour personnes âgées (ministère de la Santé) n'a pas encore été transférée aux régions.

Home Care Nova Scotia a été établi en 1995. Ce programme fournit une gamme diversifiée de services professionnels et de services de soutien à domicile aux collectivités et agit comme centre d'orientation vers d'autres services de santé et services communautaires. La responsabilité d'un ensemble de programmes municipaux de soutien à domicile, qui fournissaient une aide financière aux citoyens à faibles revenus nécessitant des soins, est passée du ministère des Services communautaires à *Home Care Nova Scotia.* Les services de soutien communautaire fournis dans un cadre structuré, comme les foyers de groupe, sont dispensés par le ministère des Services communautaires. Par ailleurs, le *Children's InHome Support Program*, un programme qui vise la prestation de soins aux enfants ayant des besoins spéciaux, demeure une entité distincte au sein du ministère des Services communautaires.

Pour ce qui est des soins en établissement, tous les établissements, qu'ils accueillent des personnes âgées ou des handicapés physiques ou mentaux, sont administrés par les municipalités. Celles-ci possèdent et gèrent 22 des 69 foyers de soins de la province. Dans le cas des bénéficiaires qui ont besoin d'une aide financière, l'accès au système se fait généralement par les municipalités.

Utilisation des principaux termes

Le terme *continuing care* est utilisé comme notion conceptuelle et stratégique dans le but de relier l'éventail complet des services de santé et des services communautaires qui formeront le futur système de soins continus. Le terme *long term care* englobe les foyers pour personnes âgées et les foyers de soins dans le secteur de la santé. On l'emploie dans le secteur des services communautaires pour désigner tous les services aux bénéficiaires qui ont besoin de soins suivis dans un cadre structuré, ce qui inclut les établissements, les foyers de groupe et les organisations communautaires.

Le terme *home care* couvre en Nouvelle-Écosse les soins infirmiers, l'aide personnelle et le soutien à domicile, de même que les services d'oxygénothérapie et de gestion des cas dispensés au domicile même des bénéficiaires. Actuellement, les services de *Home Care Nova Scotia* sont répartis entre deux catégories : les *Chronic Home Care* et les *Acute Home Care*. À mesure que ses ressources le permettront, le programme augmentera ses services au cours des prochaines années, notamment en matière de réadaptation thérapeutique (ergothérapie et physiothérapie), de soins palliatifs, de soins pédiatriques et de services à financement direct. Les services de jour pour adultes ne font pas

encore officiellement partie du secteur des soins continus.

Prestation et organisation des services
Il existe deux systèmes parallèles de prestation des services en Nouvelle-Écosse. *Home Care Nova Scotia* a un système d'accès unique pour sa clientèle. On y utilise un formulaire d'évaluation standard et on s'occupe du suivi des cas. Il n'y a pas de système de classification distinct des bénéficiaires. Les responsables de cas participent au processus d'admission des bénéficiaires en établissement, mais la fonction de gestion du cas est transférée au personnel de l'établissement au moment de l'admission.

Dans le cas de tous les autres types d'établissement et des services connexes (p. ex. les foyers de groupe), ce sont les divisions des services sociaux des municipalités qui en général agissent comme point d'accès unique. On y remplit un formulaire standard qui permet d'évaluer les cas en vue de l'admission en établissement. La gestion des cas est également assurée pour tous les bénéficiaires. De plus, comme en Colombie-Britannique, les responsables de cas continuent d'aider les bénéficiaires même une fois qu'ils sont admis dans un établissement ou dans un programme connexe. Jusqu'en août 1995, les municipalités servaient de point d'accès unique aux établissements tels que les foyers de soins spécialisés. Depuis, cette fonction a graduellement été transférée au ministère des Services communautaires. La transition sera terminée en avril 1998. La mise en place d'un système d'accès unique pour une bonne partie des services de soins continus est toujours envisagée par les ministères de la Santé et des Services communautaires. Aucune décision n'a été prise à ce jour concernant la nature, le processus ou l'échéancier du transfert de ces services aux régions.

Au chapitre des soins en établissement, les bénéficiaires éventuels doivent faire l'objet d'une vérification de leurs revenus et de leurs biens et peuvent avoir à assumer le coût total des services qu'ils reçoivent. Il n'y a pas comme tel d'hôpitaux ou d'unités de malades chroniques en Nouvelle-Écosse, même si des malades chroniques occupent parfois des lits d'hôpital. De fait, de plus en plus de malades chroniques sont maintenant traités dans des foyers de soins. On utilise en Nouvelle-Écosse un système de classification de cinq niveaux pour les soins en établissement, mais, dans les foyers de soins et les foyers pour personnes âgées, les bénéficiaires sont généralement classifiés dans seulement deux de ces cinq catégories. Certains établissements n'ont toujours accueilli que des personnes âgées (c.-à-d. de 65 ans et plus), mais, maintenant, les établissements de soins de longue durée sont en général accessibles à l'ensemble de la population adulte. Il existe par ailleurs un établissement réservé aux enfants de 18 ans et moins.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Introduction
L'Île-du-Prince-Édouard a un ministère combiné de la Santé et des Services sociaux. Dès 1988-1989, la province a pris plusieurs mesures afin de mettre en place un modèle décentralisé de prestation des services sociaux et de santé au sein de cinq régions. Le *Health and Community Services Agency Board* a été créé en 1993. Cet organisme a procuré l'encadrement de même que les assises législatives nécessaires à l'établissement des cinq conseils régionaux *(Regional Boards)*. Ces conseils sont entrés en fonction en avril 1994. L'élection d'un nouveau gouvernement en 1996 a entraîné la réintégration du *Health and Community Services Agency Board* au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Les changements se poursuivent, mais les conseils régionaux étaient toujours en place à la fin de 1997.

En ce qui concerne les soins continus, on a réalisé plusieurs initiatives importantes depuis

1995. Un système d'accès coordonné (unique) aux services a été mis en oeuvre en septembre 1996 dans chacune des cinq régions. La même année, on a aussi établi pour toutes les régions un nouveau formulaire d'évaluation ainsi qu'un processus permettant de déterminer les besoins et l'admissibilité des bénéficiaires et de les orienter vers les services pertinents. Le système de classification des niveaux de soins a été mis à jour de sorte qu'il soit compatible avec le processus d'évaluation et d'orientation.

À la fin de 1997, on comptait sept directeurs relevant du sous-ministre de la Santé. L'un de ces directeurs est responsable des soins actifs et des soins continus. Ainsi, comme c'est le cas en Colombie-Britannique, les soins continus continuent de relever d'une division administrative distincte au sein du Ministère, malgré l'implantation d'un modèle régional de prestation des services. Les soins contnus relèvent du *Director, Acute and Continuing Care Division.*

Utilisation des principaux termes
Le terme *continuing care* est employé pour décrire le système global des services dispensés en établissement, à domicile et dans la communauté. On utilise le terme *long term care* pour désigner principalement les soins en établissement, notamment les soins aux malades chroniques dispensés dans les foyers de soins et les Government Manors. Les termes *home care* et *home support* ont été fusionnés pour former une nouvelle appellation, le *home care support*, qui englobe un éventail complet de services professionnels et auxiliaires donnés à domicile et dans la communauté. Dans le cadre du *Home Care Support Program*, les bénéficiaires sont groupés selon les catégories de soins suivantes : de courte durée, intermédiaires, de longue durée et spécialisés.

Prestation et organisation des services
L'Île-du-Prince-Édouard est dotée d'un système d'accès unique appelé *Coordinated System Entry*. Ce système est géré par le *Home Care Support Program*, qui fait la sélection des bénéficiaires et, si nécessaire, effectue une évaluation complète de leurs besoins à l'aide d'un instrument d'évaluation uniforme récemment élaboré. Selon les résultats de l'évaluation, le bénéficiaire est classé à un des cinq niveaux de soins. Les personnes des niveaux 1 et 2 reçoivent des soins au sein de la collectivité. Les évaluateurs ou responsables de cas facilitent l'accès aux soins en établissement pour les bénéficiaires classés aux niveaux 4 et 5. Les bénéficiaires de niveau 3 seront traités dans leur milieu ou en établissement, selon ce qui répondra le mieux à leurs besoins. Le personnel du *Home Care Support Program* assume les fonctions d'évaluation, de coordination des soins ainsi que de prestation directe des soins. Une fois qu'un bénéficiaire est admis dans un établissement, la responsabilité de la gestion de son cas est transférée au personnel de l'établissement. À l'Île-du-Prince-Édouard, les bénéficiaires doivent faire l'objet d'une vérification de leurs revenus et de leurs biens et peuvent avoir à assumer le coût total des services qu'ils reçoivent.

À noter que l'Île-du-Prince-Édouard est la seule autre province, avec la Colombie-Britannique, à disposer d'un seul instrument de classification à l'échelle du système pour les bénéficiaires de services dispensés tant en établissement que dans la communauté. L'Alberta possède des outils de classification similaires, applicables aux besoins fonctionnels, pour les deux secteurs.

TERRE-NEUVE

Introduction
Terre-Neuve offre toute une gamme de services régionaux. La province compte quatre *Regional Community Health Boards* qui sont responsables des soins continus, de la lutte contre les toxicomanies, de la santé mentale ainsi que de la promotion et de la protection de la santé. Ces conseils régionaux ont adopté comme principe

directeur de leurs activités le concept du « mieux-être ». On compte également six *Regional Institutional Boards*, qui s'occupent des hôpitaux de soins actifs et des établissements de soins de longue durée, de même que deux *Regional Integrated Health Boards* (dans le nord de Terre-Neuve et au Labrador), qui dispensent des services de soins continus, de soins actifs et de santé communautaire. On prévoit créer, le 1er avril 1998 à St. John's, un conseil distinct pour les établissements de soins de longue durée (le *St. John's Nursing Home Board*).

Il est prévu que le ministère de la Santé fusionnera avec les divisions du ministère des Services sociaux responsables de la prestation des soins (services familiaux, réadaptation et protection de la jeunesse) au cours de la prochaine année financière. Cette fusion pourrait grossir les rangs de la clientèle du système de soins de longue durée, qui compterait alors aussi les handicapés mentaux et physiques. La responsabilité de ces nouveaux services sera transférée aux *Regional Community Health Boards* et le nom de ces conseils sera alors changé pour *Regional Health and Community Service Boards*.

Utilisation des principaux termes

Le terme *continuing care* peut être utilisé pour décrire la totalité des services. En matière administrative, il désigne la division chargée des services de soins et de soutien à domicile et, plus récemment, les foyers de soins personnels qui accueillent des bénéficiaires ayant des besoins légers (niveaux 1 et 2; les bénéficiaires des niveaux 3 et 4 sont soignés dans les foyers de soins infirmiers). Sur le plan administratif, le secteur des soins continus n'englobe pas les foyers de soins infirmiers ni les lits réservés aux malades chroniques. Les foyers de soins infirmiers relèvent du secteur établissements du ministère de la Santé. Le terme *long term care* est utilisé pour désigner les soins en établissement ou un éventail plus large de services dispensés sur de longues périodes.

Dans le secteur des soins continus, on fait une distinction entre les *acute care home care* (courte durée) et les *long term home care* (longue durée). Quant aux termes *home care* et *home support*, ils sont employés de manière descriptive pour désigner, respectivement, les services professionnels et les services non professionnels et communautaires.

Prestation et organisation des services

Terre-Neuve possède un système d'accès unique. Les points d'entrée sont les quatre *Regional Institutional Boards* et les deux *Regional Integrated Health Boards*. On applique également dans toute la province un instrument d'évaluation uniforme, inspiré de l'AAPI, l'outil utilisé en Alberta. La gestion des cas (ou la coordination des services) est assurée par des infirmières ou des travailleurs sociaux des conseils régionaux. Ce n'est pas une fonction séparée de la prestation des services, deux activités souvent accomplies par les mêmes professionnels. Terre-Neuve a un système de classification de trois niveaux pour les services en établissement. On songe cependant à ajouter un quatrième niveau, correspondant aux soins complexes. On examine aussi la possibilité d'établir un système de classification pour tous les services relevant du secteur des soins continus (à l'exception des foyers de soins infirmiers). Il y a beaucoup de bénéficiaires de soins lourds dans les foyers de soins infirmiers, mais on compte également un certain nombre de lits réservés aux malades chroniques dans les hôpitaux. Ces lits sont considérés comme faisant partie du système hospitalier et non du système de soins continus. Les bénéficiaires de la province font l'objet d'une vérification de leurs revenus et de leurs biens liquides et peuvent avoir à verser jusqu'à 2 800 $ par mois pour les services reçus. Ce montant est toutefois souvent inférieur au coût total des soins, qui s'élève en moyenne à 4 000 $ par mois par bénéficiaire.

Sur le plan administratif, le Director, Continuing Care, au ministère de la Santé, relève du sous-

ministre adjoint, Community Services. Les foyers de soins infirmiers relèvent du Director, Hospital, Health Centre and Nursing Homes Services, qui rend compte au sous-ministre adjoint, Institutions.

Les Regional Community Health Boards de Terre-Neuve sont relativement bien structurés. Bien qu'il puisse y avoir de légères variations pour répondre aux besoins locaux, l'organisation des services et la terminologie utilisée sont très cohérentes partout dans la province. Les paragraphes qui suivent brossent un tableau de la situation dans les régions de St. John's et du Centre.

La région de St. John's emploie le terme *continuing care* pour désigner l'ensemble des services dispensés en établissement, à domicile ou dans la communauté, et celui de *long term care* pour décrire les soins en établissement seulement. Le terme *home care* s'applique aux services professionnels : soins infirmiers, travail social et réadaptation. On recourt au terme *home support* pour parler des services non professionnels comme ceux qui sont fournis par les auxiliaires familiaux et les préposés aux soins personnels. Les services sont dispensés par le personnel de la santé communautaire, qui compte des infirmières, des travailleurs sociaux et d'autres professionnels.

Comme dans le cas d'autres modèles régionaux, les soins continus ont été combinés aux services communautaires et aux services de santé publique. Le modèle de soins global s'apparente de plus en plus à un modèle de soins primaires mettant l'accent sur le bien-être global et le recours à des équipes multidisciplinaires.

Il y a un système d'accès unique dans la région de St. John's. L'implantation de ce système il y a deux ans a donné lieu à une réduction considérable des listes d'attente pour l'admission aux établissements. La région de St. John's utilise l'instrument d'évaluation standard de la province. On fait aussi appel à un système de classification de trois niveaux, auquel on s'apprête à ajouter une quatrième catégorie en raison des besoins de la clientèle. Ce système s'applique aux soins en établissement. Il n'existe en effet pas de système de classification fonctionnel pour les soins dispensés à domicile et dans la communauté. Tous les services de santé communautaire sont fournis par le personnel du *St. John's Community Health Regional Board*. Ils ne sont jamais dispensés sous contrat. Les soins continus relèvent de l'un des trois *Assistant Executive Directors* de la région.

Dans la région du Centre, on entend par *continuing care* l'éventail complet des services de santé et, par *long term care,* les soins en établissement. Le terme *home care* désigne principalement les soins infirmiers à domicile et le terme *home support,* un ensemble de services non professionnels. Le *Central Regional Community Health Board* est aussi doté d'un système d'accès unique. La gestion des cas, ou lacoordination des services, relève du secteur des soins à domicile. Le personnel des soins à domicile peut s'occuper à la fois de la gestion des cas et de la prestation des soins. On utilise l'instrument d'évaluation standard de la province. On s'affaire actuellement à améliorer le système de classification et l'instrument d'évaluation en usage. Les services de soins continus sont la responsabilité de *l'Assistant Executive Director, Programs and Services*, qui a également la charge des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

ANNEXE B : DÉFINITIONS INITIALES DES ÉLÉMENTS DES SERVICES DE SOINS CONTINUS ET DÉFINITIONS RÉVISÉES PAR LES RÉPONDANTS

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Services communautaires	
Les **services d'évaluation et de gestion des cas** (Assessment and Case Management Services) constituent un processus qui a pour objet la détermination des besoins en matière de soins, l'admission des bénéficiaires à un service et le suivi des soins requis, y compris la modification des plans de soins, au besoin.	**L'évaluation et la gestion des cas** (Assessment and Case Management) constituent un processus qui a pour objet la sélection des bénéficiaires, l'évaluation des cas, la détermination des besoins en matière de soins, la détermination de l'admissibilité des bénéficiaires, l'orientation vers les services appropriés, l'admission des bénéficiaires à un service, le suivi des soins requis, y compris la modification des plans de soins, et la planification des congés. Les évaluateurs ou les responsables de cas peuvent aussi effectuer des évaluations de la situation financière des bénéficiaires, agir comme représentants des bénéficiaires pour faciliter l'obtention de services et gérer les listes d'attente pour l'admission à un établissement.
Le **service de repas à domicile** (popote roulante) est un service communautaire bénévole qui a pour but de livrer des repas chauds et nutritifs au domicile même du bénéficiaire. L'objectif de ce service est de compléter le régime alimentaire du bénéficiaire en lui offrant des plats appétissants et nourrissants qui lui permettent de maintenir ou d'améliorer son état de santé.	Les **programmes de repas** (Meal Programs) sont un service communautaire généralement bénévole qui a pour but de livrer des repas nutritifs, chauds ou congelés, aux bénéficiaires confinés à domicile (Meals-on-Wheels) ou de transporter les bénéficiaires à une salle à manger communautaire où ils pourront prendre un repas (Wheels-to-Meals). L'objectif de ces programmes (souvent appelés *popote roulante*) est de compléter le régime alimentaire du bénéficiaire en lui offrant des plats appétissants et nourrissants qui lui permettent de maintenir ou d'améliorer son état de santé. Les gouvernements peuvent assumer une partie des coûts de ces programmes, p. ex. le coût des repas ou les frais de transport.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **services d'aide familiale** (Homemaker Services) sont dispensés aux bénéficiaires qui ont besoin d'une aide non professionnelle en matière de soins personnels ou de tâches ménagères essentielles. Par soins personnels, on entend l'aide fournie aux personnes pour se vêtir, prendre leur bain, faire leur toilette et se déplacer, tandis que les tâches ménagères comprennent le ménage et la préparation des repas.	Les **services d'aide familiale** (Homemaker Services) sont dispensés aux bénéficiaires qui ont besoin d'une aide non professionnelle en matière de soins personnels ou de tâches ménagères essentielles. Par soins personnels, on entend l'aide fournie aux personnes pour se vêtir, prendre leur bain, faire leur toilette et se déplacer, tandis que les tâches ménagères comprennent le ménage, la lessive, la préparation des repas et d'autres activités d'entretien ménager. Les aides familiales peuvent avoir une formation postsecondaire équivalente à celle des préposés aux soins et fournir des soins personnels similaires. Certains soins infirmiers et services de réadaptation peuvent aussi être dispensés par les aides familiales. Les services d'aide familiale sont parfois offerts comme service de relève.
Les **soins infirmiers à domicile** (Home Nursing Care) permettent aux bénéficiaires de recevoir, à leur domicile, un éventail complet de soins infirmiers. Ce programme assure la coordination des services qui permettront aux bénéficiaires de tous âges de demeurer à la maison même s'ils souffrent d'une maladie aiguë ou chronique. Ce programme communautaire fournit au bénéficiaire des soins infirmiers individuels dans son propre environnement. Il encourage les bénéficiaires à participer activement aux soins et à se prendre en charge. Les soins peuvent être d'ordre curatif ou palliatif ou viser la réadaptation du patient.	Les **soins infirmiers à domicile** (Home Care Nursing) permettent aux bénéficiaires de recevoir, à leur domicile, un éventail complet de soins infirmiers, habituellement dispensés par des infirmières, généralistes ou psychiatriques. Ce programme assure la coordination des services infirmiers qui aideront les bénéficiaires de tous âges à demeurer à la maison même s'ils souffrent d'une maladie aiguë, chronique ou en phase terminale. Ce programme communautaire fournit au bénéficiaire des soins infirmiers dans son propre environnement. Il encourage les bénéficiaires et leur famille à participer activement aux soins; il comporte donc un volet éducation et prise en charge. Les soins peuvent être d'ordre curatif ou palliatif ou viser la réadaptation ou le réconfort du patient.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie** (Community Physiotherapy and Occupational Therapy Services) procurent des traitements et des services de consultation et de prévention au domicile des bénéficiaires, facilitent l'obtention de l'équipement requis par les handicapés physiques et apprennent aux membres de la famille à prendre soin du patient. Les programmes communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie offrent habituellement des services de consultation, de suivi, de maintien et d'éducation aux patients, aux familles, aux médecins, au personnel de la santé publique, aux hôpitaux et aux foyers de soins infirmiers.	Les **services communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie** (Community Physiotherapy and Occupational Therapy) procurent des services d'évaluation, de traitement, de consultation et de prévention au domicile des bénéficiaires, afin de vérifier, de rétablir ou d'accroître leur fonctionnement, ou de soulager leur douleur. Les thérapeutes peuvent aussi faciliter l'obtention de l'équipement requis par les handicapés physiques et apprendre aux membres de la famille à prendre soin du patient. Les programmes communautaires de physiothérapie et d'ergothérapie offrent habituellement des services de consultation, de suivi, de maintien et d'éducation aux patients, aux familles, aux médecins et autres professionnels de la santé, aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée.
Les **centres de jour pour adultes** (Adult Day Care Services) fournissent une aide personnelle, de la supervision et un programme structuré d'activités sanitaires, sociales et récréatives dans un contexte communautaire protégé. Le programme vise à assurer le maintien des handicapés physiques ou mentaux ou à rétablir le plus possible leur capacité personnelle de prendre soin d'eux-mêmes. Les centres de jour pour adultes peuvent être situés dans un établissement de soins ou se trouver dans un immeuble indépendant.	Les **centres de jour pour adultes** (Adult Day Support) fournissent une aide personnelle, de la supervision et un programme structuré d'activités sanitaires, sociales, éducatives et récréatives dans un contexte communautaire protégé. Des soins infirmiers et de réadaptation ainsi qu'un ensemble d'autres services professionnels et auxiliaires peuvent être offerts. Le programme vise à assurer le maintien des handicapés physiques ou mentaux ou à rétablir le plus possible leur capacité personnelle de prendre soin d'eux-mêmes. Il peut aussi fournir des services de relève, de formation et de soutien informel à la famille. Les centres de jour pour adultes peuvent être situés dans un établissement de soins ou être offerts par des organismes communautaires.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **foyers de groupe** (Group Homes) sont des résidences privées qui permettent aux handicapés physiques ou mentaux d'accroître leur autonomie en partageant des ressources communes. Ces personnes doivent être capables de vivre en commun avec d'autres personnes handicapées. Ce type de service convient particulièrement aux jeunes adultes handicapés qui travaillent, qui participent à un programme d'éducation ou qui fréquentent un atelier protégé.	Les **foyers de groupe** (Group Homes) sont des foyers ou des résidences privées qui permettent aux handicapés physiques ou mentaux d'accroître leur autonomie en partageant des ressources communes. Ces personnes doivent être capables de vivre en commun avec d'autres personnes ayant des besoins spéciaux. Ce type de service convient particulièrement aux jeunes adultes handicapés qui travaillent, qui participent à un programme d'éducation ou qui fréquentent un atelier protégé. Il s'adresse également aux personnes âgées et aux personnes pour qui on recherche une solution autre que l'admission dans un établissement.
Services en établissement	
Les **établissements de soins de longue durée** (Long Term Care Residential Facilities) prennent en charge les personnes qui ne peuvent plus vivre à la maison sans mettre leur sécurité en péril. Ces établissements procurent un environnement protégé ainsi que des services de soutien et d'aide pour les activités de la vie quotidienne aux personnes qui ne peuvent rester à la maison parce que leur médication doit être surveillée ou qu'elles nécessitent une surveillance continue, de l'aide pour s'alimenter, des soins infirmiers ou une supervision professionnelle. Les soins requis par les bénéficiaires peuvent être modérés ou assez lourds, mais ils ne se situent pas au niveau le plus élevé, soit celui des soins aux malades chroniques.	Les **établissements de soins de longue durée** (Long Term Care Facilities) prennent en charge les personnes qui ne peuvent plus vivre à la maison sans mettre leur sécurité en péril. Ces établissements procurent un environnement protégé ainsi que des services de soutien et d'aide pour les activités de la vie quotidienne aux personnes qui ne peuvent rester à la maison parce que leur médication doit être surveillée ou qu'elles nécessitent une surveillance continue, de l'aide pour s'alimenter, des soins infirmiers ou une supervision professionnelle. Les soins requis par les bénéficiaires peuvent être modérés ou assez lourds, et ne peuvent plus être dispensés de façon sécuritaire ou régulière par les services communautaires. Les bénéficiaires peuvent souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap qui réduit leur autonomie et, en général, ils ne peuvent plus être soignés adéquatement à leur domicile. Dans certains cas, tous les services en établissement, y compris les soins aux malades chroniques, sont dispensés dans les établissements de soins de longue durée.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **unités/hôpitaux de malades chroniques** (Chronic Care Units/Hospitals) dispensent des soins aux personnes qui, en raison d'une maladie chronique ou d'un handicap fonctionnel lourd, nécessitent une hospitalisation à long terme, mais n'ont pas besoin de toutes les ressources d'un hôpital offrant des soins actifs, des services de réadaptation ou des soins psychiatriques. Les soins sont donnés 24 heures sur 24 par le personnel infirmier et des médecins sur appel ainsi que par d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Seules les personnes qui ont été adéquatement évaluées et qui sont traitées par un médecin peuvent être admises dans un établissement pour malades chroniques, qui est soit une unité de malades chroniques au sein d'un hôpital de soins actifs, soit un hôpital accueillant exclusivement des malades chroniques. On y dispense en général au moins 2,5 heures de soins infirmiers par jour.	Les **unités/hôpitaux de malades chroniques** (Chronic Care Units/Hospitals) dispensent des soins aux personnes qui, en raison d'une maladie chronique ou d'un handicap fonctionnel lourd, nécessitent une hospitalisation à long terme, mais n'ont pas besoin de toutes les ressources d'un hôpital offrant des soins actifs, des services de réadaptation ou des soins psychiatriques. Les soins sont donnés 24 heures sur 24 par le personnel infirmier et des médecins sur appel ainsi que par d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Seules les personnes qui ont été adéquatement évaluées et qui sont traitées par un médecin peuvent être admises dans un établissement pour malades chroniques, qui est soit une unité de malades chroniques au sein d'un hôpital de soins actifs, soit un hôpital accueillant exclusivement des malades chroniques. On y dispense en général au moins 2,5 heures de soins infirmiers par jour.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour** (Assessment and Treatment Centres and Day Hospitals) fournissent des services diagnostiques et thérapeutiques de courte durée au sein d'une unité spéciale d'un hôpital de soins actifs. Ces centres offrent des services d'évaluation intensive qui visent à ce que les personnes âgées atteintes de troubles physiques et psychiatriques complexes soient correctement diagnostiquées et traitées. Ils ont pour objectif d'aider les bénéficiaires à atteindre et à maintenir un niveau maximal de fonctionnement et d'autonomie. Les centres peuvent compter des lits pour l'évaluation et le traitement de patients hospitalisés, un hôpital de jour ou un programme d'extension des services qui permet au personnel d'aider les patients vivant en établissement ou à la maison.	Les **centres d'évaluation et de traitement et hôpitaux de jour** (Assessment and Treatment Centres and Day Hospitals) fournissent des services de diagnostic, d'évaluation et de traitement de courte durée au sein d'une unité spéciale d'un hôpital de soins actifs ou d'un autre établissement de santé. Ces centres offrent des services d'évaluation intensive qui visent à ce que les personnes ayant des besoins complexes sur le plan physique, social et psychiatrique soient correctement évaluées, diagnostiquées et traitées. Ils ont pour objectif d'aider les bénéficiaires à atteindre, à retrouver ou à maintenir un niveau maximal de fonctionnement et d'autonomie. Les centres peuvent compter des lits pour l'évaluation et le traitement de patients hospitalisés pour une courte durée, un hôpital de jour ou un programme d'extension des services qui permet au personnel d'aider les patients, qu'ils vivent en établissement ou à la maison, et leur famille.
De **l'équipement et du matériel** (Equipment and Supplies) peuvent être offerts afin de maintenir l'état de santé des personnes qui ont besoin, par exemple, de gaz médicaux ou d'appareils d'assistance respiratoire, et d'accroître l'autonomie et la qualité de vie des personnes qui requièrent, par exemple, des fauteuils roulants, des marchettes ou des aides électroniques. L'équipement peut être loué, vendu ou donné.	De **l'équipement et du matériel** (Equipment and Supplies) peuvent être offerts afin de maintenir l'état de santé des personnes qui ont besoin, par exemple, de gaz médicaux ou d'appareils d'assistance respiratoire, et d'accroître l'autonomie et la qualité de vie des personnes qui requièrent, par exemple, des fauteuils roulants, des marchettes ou des aides électroniques. L'équipement peut être loué, vendu ou donné.
Les **services de transport** (Transportation Services) sont offerts aux personnes handicapées, qui peuvent ainsi faire leurs courses, aller à des rendez-vous et poursuivre leurs activités sociales. De nombreux véhicules sont adaptés pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant ou à l'aide d'autres appareils.	Les **services de transport** (Transportation Services) sont offerts aux personnes handicapées ou à mobilité réduite, qui peuvent ainsi faire leurs courses, aller à des rendez-vous et poursuivre leurs activités sociales. Certains véhicules sont adaptés pour les personnes se déplaçant en fauteuil roulant ou à l'aide d'autres appareils.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **groupes de soutien** (Support Groups) peuvent être issus de nombreuses sources, p. ex. les services communautaires, les établissements de soins, les proches des bénéficiaires et des personnes ayant des handicaps similaires. Ces groupes apportent un soutien psychologique et favorisent l'entraide.	Les **groupes de soutien** (Support Groups) peuvent être issus de nombreuses sources, p. ex. les services communautaires et les établissements de soins, les proches des bénéficiaires et des personnes ayant des besoins similaires. Ces groupes favorisent l'entraide et le soutien mutuel. Certains groupes peuvent être subventionnés par l'État.
Le **soutien d'urgence** (Crisis Support) est parfois offert par les services communautaires pour assurer une aide immédiate aux personnes qui se retrouvent subitement démunies, p. ex. lorsque le conjoint d'une personne handicapée tombe malade, ce qui inclut l'admission d'urgence en établissement.	Le **soutien d'urgence** (Crisis Support) est parfois offert par les services communautaires pour assurer une aide immédiate aux personnes qui se retrouvent subitement démunies, p. ex. lorsque le conjoint d'une personne handicapée tombe malade, ce qui inclut les mesures prises pour faciliter l'admission d'urgence en établissement ou assurer la prestation de soins à domicile plus adéquats.
Les **programmes de socialisation et d'apprentissage de la vie autonome** (Life and Social Skills for Independent Living) fournissent formation et soutien pour permettre aux personnes de mener une vie indépendante et les aider à se développer sur le plan social et personnel, dans un contexte collectif ou individuel.	Les **programmes de socialisation et d'apprentissage de la vie autonome** (Life and Social Skills for Independent Living) fournissent formation et soutien pour permettre aux personnes de mener une vie indépendante et les aider à se développer et à s'intégrer sur le plan social et personnel, dans un contexte collectif ou individuel.
Les **services de relève** (Respite Services) permettent d'offrir un répit temporaire aux soignants immédiats en leur procurant les services de remplaçants à domicile ou en fournissant un autre lieu d'hébergement au bénéficiaire.	Les **services de relève** (Respite Services) permettent d'offrir un répit ou un soutien temporaire aux soignants immédiats en leur procurant les services de remplaçants à domicile ou en fournissant un autre lieu d'hébergement au bénéficiaire, p. ex. dans un établissement de soins.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **soins palliatifs** (Palliative Care) sont dispensés aux personnes mourantes, à domicile ou en établissement.	Les **soins palliatifs** (Palliative Care) sont dispensés dans le cadre d'un service interdisciplinaire qui offre aux personnes atteintes d'une maladie en phase terminale des soins actifs et du réconfort, à domicile, à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé. Les soins palliatifs sont donnés aux malades et à leur famille lorsqu'on détermine que les traitements visant à prolonger la vie du malade ne constituent plus l'objectif premier.
Les **services bénévoles** (Volunteers) sont offerts dans le cadre de programmes d'aide qui touchent la plupart des aspects des soins de longue durée.	Les **services bénévoles** (Volunteers) sont offerts dans le cadre de programmes d'aide qui viennent compléter les soins officiels. Il englobent, entre autres, les visites amicales, les appels téléphoniques visant à rassurer et à surveiller les bénéficiaires, l'accompagnement pour les courses et l'organisation d'activités sociales et récréatives.
Les **habitations collectives** (Congregate Living Facilities) sont des immeubles à logements qui offrent des services communs, tels que l'intervention d'urgence, le soutien social et des repas communautaires.	Les **habitations collectives** (Congregate Living Residences) sont des immeubles à logements qui offrent des services communs, tels que l'intervention d'urgence, le soutien social et des repas communautaires.

Définitions initiales utilisées pour l'étude	Définitions révisées en fonction des commentaires des répondants
Les **soins palliatifs** (Palliative Care) sont dispensés aux personnes mourantes, à domicile ou en établissement.	Les **soins palliatifs** (Palliative Care) sont dispensés dans le cadre d'un service interdisciplinaire qui offre aux personnes atteintes d'une maladie en phase terminale des soins actifs et du réconfort, à domicile, à l'hôpital ou dans un autre établissement de santé. Les soins palliatifs sont donnés aux malades et à leur famille lorsqu'on détermine que les traitements visant à prolonger la vie du malade ne constituent plus l'objectif premier.
Les **services bénévoles** (Volunteers) sont offerts dans le cadre de programmes d'aide qui touchent la plupart des aspects des soins de longue durée.	Les **services bénévoles** (Volunteers) sont offerts dans le cadre de programmes d'aide qui viennent compléter les soins officiels. Il englobent, entre autres, les visites amicales, les appels téléphoniques visant à rassurer et à surveiller les bénéficiaires, l'accompagnement pour les courses et l'organisation d'activités sociales et récréatives.
Les **habitations collectives** (Congregate Living Facilities) sont des immeubles à logements qui offrent des services communs, tels que l'intervention d'urgence, le soutien social et des repas communautaires.	Les **habitations collectives** (Congregate Living Residences) sont des immeubles à logements qui offrent des services communs, tels que l'intervention d'urgence, le soutien social et des repas communautaires.

ANNEXE C : AUTRES SERVICES DE SOINS CONTINUS MENTIONNÉS PAR LES RÉPONDANTS

Les **Children's Group Homes** ont été mis sur pied afin de répondre aux besoins des enfants qui sont sous les soins et sous la garde des services de protection de l'enfance. Les foyers de groupe procurent aux enfants un milieu de vie normal de type familial. Les bénéficiaires sont des enfants qui ont besoin d'un encadrement cohérent, de discipline, d'éducation et de soutien émotionnel avant de pouvoir retourner dans un contexte de vie plus ouvert au sein de la collectivité. Les **Handicapped Group Homes** s'adressent aux enfants évalués comme étant atteints d'une déficience ou d'un trouble physique ou mental ou qui sont devenus handicapés à la suite d'un traumatisme. (T.N.-O.)
Les **Social Workers** sont les travailleurs sociaux qui établissent le premier contact avec tous les bénéficiaires de soins de longue durée et de soins palliatifs. Ils participent à la gestion des cas, au counselling et au soutien émotionnel des bénéficiaires et de leur famille. (Yukon)
Les **Outreach Social Workers for Seniors** sont des travailleurs sociaux qui fournissent des services aux personnes itinérantes qui « passent à travers les mailles du filet » ou qui ne prévalent pas des programmes disponibles, tels que les services de soins à domicile. Ils ont, entre autres tâches, celles de représenter les bénéficiaires, de leur trouver un logement et de veiller au suivi de leur dossier. (Yukon)
Le programme **Choice in Supports for Independent Living (CSIL)** finance directement les services de soutien à domicile destinés aux bénéficiaires ou aux groupes de soutien (Societies). Les participants au programme assument toutes les responsabilités juridiques propres à l'employeur, pour ce qui touche l'embauchage, le renvoi, la supervision et la rémunération des préposés au soutien à domicile. (Colombie-Britannique)
Les **Multilevel Care** sont dispensés dans les établissements de soins qui offrent des services professionnels aux bénéficiaires de soins intermédiaires et prolongés. (Colombie-Britannique)
Les **Discharge Planning Units/Transitional Care** sont des unités spéciales au sein des hôpitaux de soins actifs qui assurent aux bénéficiaires des soins intensifs de réadaptation et qui les aident à obtenir un niveau de soins optimal en prévision de leur retour dans leur milieu ou de leur admission dans un établissement. De plus, les services sociaux et infirmiers assurent la liaison avec les services communautaires afin d'aider à la planification des congés des établissements de soins actifs. (Colombie-Britannique)
La **Quick Response Team** ou le **Quick Response Program** est un programme de services de santé qui vise à prévenir les admissions inutiles à l'hôpital et à accélérer le retour à la maison des bénéficiaires qui n'ont plus besoin de soins actifs. (Colombie-Britannique)
Les **Subacute Care** sont dispensés aux patients qui ont subi une chirurgie ou un traitement à l'hôpital et qui ont besoin d'une période de rétablissement avant de retourner à la maison. Les lits de soins subaigus pour les chirurgies et les traitements médicaux se trouvent dans les centres de soins de longue durée des différentes régions. (Edmonton)

Comprehensive Home Option Integrated Care of Elderly (CHOICE) est un programme coordonné de services complets pour les personnes âgées admissibles dans un centre de soins de longue durée. Il comprend un centre de jour CHOICE offrant un éventail complet de services médicaux et sociaux ainsi que de services de soutien, de transport, d'aide à domicile, d'intervention d'urgence 24 heures sur 24 et de relève. Les bénéficiaires continuent de vivre à la maison. (Edmonton)
La **Seniors Health Line** est un service d'information téléphonique accessible 24 heures sur 24, où l'on peut se renseigner sur les services offerts aux personnes âgées. (Edmonton)
Le **Lamplighter Program** est un programme communautaire bénévole géré par la Capital Health Region. Les bénévoles participants sont des membres de la collectivité formés pour être à l'affût de changements dans les conditions de vie des personnes âgées qui pourraient signaler un risque pour leur santé ou leur sécurité. Au besoin, ils communiquent l'information à la Seniors Health Line, qui assure le suivi. (Edmonton)
Le **Care Housing** est un centre de soins de longue durée aménagé sous la forme d'un immeuble résidentiel, dont les occupants ont acheté un logement en vertu d'un bail viager. Les résidents peuvent vivre avec un conjoint ou un proche qui n'est pas admissible aux services de soins de longue durée. (Edmonton)
La **Progressive Care Unit** est une unité qui offre des services de courte durée à des personnes qui ne nécessitent plus de soins actifs, mais qui ont besoin de services pour maintenir leurs fonctions physiques et cognitives. (Calgary)
La **Mentally Dysfunctioning Elderly Unit** est une unité qui dispense des services d'évaluation et de transition conçus pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées atteintes de démence irréversible. (Calgary)
Les **Services for Healthy Living** sont des services de santé publique qui font partie du secteur de la santé communautaire, mais qui ne répondent pas nécessairement à la définition de soins de longue durée. (Calgary)
Le **Quick Response** est une unité de séjour de courte durée (24 heures) pour des personnes qui autrement se rendraient dans les salles d'urgence pour des problèmes ne nécessitant pas des soins actifs. (Regina)
Les **Convalescent Care** sont dispensés aux bénéficiaires, principalement des personnes âgées à risque élevé, qui ont besoin d'une longue période de rétablissement après avoir reçu des soins actifs. (Regina)
Le **Supportive Living** est un service dispensé en établissement aux bénéficiaires âgés atteints de troubles mentaux. (Regina)
Le **Community Social Work** est effectué par des auxiliaires médicaux sociaux qui aident les personnes et les familles de la collectivité à s'adapter à des situations de vie nouvelles, à traverser un deuil, etc. (Saskatoon)

Les **Pediatric Respite Care** comprennent les services de relève offerts à la fois dans la communauté et dans les établissements de soins spécialisés de longue durée aux familles ayant des enfants multihandicapés ou à risque médical (principalement par des infirmières communautaires). (Saskatoon)
Les **Security Calls** sont des contacts téléphoniques que des contractuels effectuent régulièrement et à des heures précises auprès de personnes âgées ou de bénéficiaires à risque à leur domicile. (Saskatoon)
Le programme **d'entretien ménager et de réparation à domicile** (Home Maintenance and Repair) est un service de soutien qui fait appel à des travailleurs indépendants ou à des entreprises pour effectuer des travaux d'entretien ménager ou de réparation. Les tâches peuvent être régulières, occasionnelles ou ponctuelles. En général, les tâches excèdent les capacités du bénéficiaire de les effectuer ou de les planifier lui-même. Les travaux réguliers peuvent être par exemple les tâches d'entretien de la propriété, comme le déneigement, l'entretien du terrain ou le nettoyage des carreaux extérieurs. Comme exemples de tâches ponctuelles, on note l'aide à l'organisation de projets de réparation ou de rénovation, qu'il s'agisse de travaux de décoration, de plomberie ou d'électricité, de l'installation d'un nouvel appareil de chauffage, de l'entretien de la toiture, de réparation de maçonnerie ou de modifications structurales visant à assurer la sécurité des résidents ou à faciliter l'accès à la propriété. (Ontario)
Les **visites amicales** (Friendly Visiting) sont un service de soutien, grâce auquel une personne bénévole rend visite régulièrement à une personne âgée isolée ou à un handicapé physique adulte. Les rencontres se font généralement au domicile du bénéficiaire, mais le bénévole peut aussi faire des courses pour lui ou l'accompagner dans les magasins, à la banque ou encore à des événements sociaux ou culturels. (Ontario)
Le **service de surveillance ou de sécurisation** (Security Checks or Reassurance Service) est un service de soutien qui organise des contacts réguliers avec des personnes isolées afin de les rassurer et de leur laisser savoir qu'elles auront de l'aide si elles en ont besoin. Le contact peut se faire en personne à domicile, par téléphone ou autrement. Il est prévu que les visites amicales régulières ou les téléphones de surveillance seront incorporés au services des visites amicales. Les visites de sécurisation à domicile seront effectuées ponctuellement ou occasionnellement dans le cadre d'un programme général de sécurité. Ce programme prévoit notamment un appel téléphonique quotidien de moins de cinq minutes, durant lequel on s'enquiert de la santé et de la sécurité du bénéficiaire. Le programme de vigilance des facteurs est un autre exemple de service de sécurité. (Ontario)
Le **soutien aux soignants - service de soutien et de counselling** (Caregiver Support - Support and Counselling Service) fournit des services de counselling thérapeutique aux soignants qui éprouvent des problèmes émotifs ou des problèmes de comportement ou de personnalité nuisant à leur capacité de donner des soins et du soutien aux bénéficiaires. Le service est offert en sessions de groupe ou individuellement et est donné ou supervisé par un professionnel qualifié ou une personne qui possède des connaissances et de l'expérience dans le domaine. Le soutien ou le counselling sera limité dans le temps et devra viser des objectifs axés sur les besoins sociaux et émotionnels des soignants. (Ontario)

Le **soutien aux soignants - service de formation, d'information et d'éducation** (Caregiver Support - Training, Information and Education Service) vise à informer et à éduquer les soignants au sujet de la maladie, à les former et à leur fournir un soutien moral en vue de les aider à dispenser des soins physiques et un soutien émotionnel aux bénéficiaires. Le service, limité dans le temps et axé sur des objectifs, est donné ou supervisé par un professionnel qualifié ou une personne possédant des connaissances et de l'expérience dans le domaine. Les sessions sont offertes en groupe ou individuellement. (Ontario)

Le **soutien aux soignants - service de visites de bénévoles dans les centres d'accueil** (Caregiver Support - Volunteer Hospice Visiting Service) est un service de soutien grâce auquel des bénévoles sont recrutés, formés et aidés à donner du soutien à des personnes qui reçoivent des soins palliatifs. En général, le bénéficiaire est jumelé à un seul bénévole, mais lorsqu'il a besoin d'accompagnement sur une longue période, parfois de manière continue, plusieurs bénévoles se relaient à son chevet. La présence du bénévole est un complément au soutien donné par la famille et les amis. Dans certains cas, il est l'unique source de réconfort du malade. (Ontario)

Le **service de podologie** (Foot Care) voit à ce que des personnes formées dans le soin des pieds, qu'il s'agisse d'hygiène de base ou de soins complets, dispensent des services, ce qui englobe la taille des ongles d'orteils, la surveillance de l'état des pieds, les bains et les massages de pieds. (Ontario)

Les **systèmes d'intervention d'urgence** (Emergency Response Systems) fournissent un dispositif électronique qui permet aux bénéficiaires qui se retrouvent en situation d'urgence à domicile de communiquer avec un centre ouvert 24 heures sur 24, lequel peut faire intervenir les services d'urgence. (Ontario)

Les **soins infirmiers** consistent à promouvoir et à évaluer la santé de même qu'à fournir des soins et des traitements par des moyens préventifs, thérapeutiques et palliatifs ainsi que par des services de soutien et de réadaptation, afin d'aider le malade à atteindre ou à maintenir un fonctionnement optimal. (Ontario)

La **physiothérapie** consiste à évaluer le fonctionnement physique et à dispenser des traitements, des soins de réadaptation et des services de prévention aux personnes souffrant de troubles, de lésions ou de douleurs physiques, dans le but de développer, de maintenir, de rétablir ou d'accroître le fonctionnement ou de soulager la douleur. (Ontario)

L'**ergothérapie** consiste à évaluer le fonctionnement et le comportement d'adaptation et à traiter ou à prévenir les troubles qui affectent le fonctionnement ou le comportement d'adaptation, dans le but de développer, de maintenir, de rétablir ou d'accroître le fonctionnement pour ce qui touche les soins personnels, la productivité et les loisirs. (Ontario)

Le **travail social** est une discipline qui vise à aider les personnes et les familles à acquérir les compétences requises pour améliorer leur fonctionnement et ainsi réduire les risques de détresse psycho-sociale. (Ontario)

Les **services d'orthophonie** consistent à évaluer les fonctions de la parole et du langage et à traiter ou à prévenir les troubles de la parole et du langage, dans le but de développer, de maintenir, de rétablir ou d'accroître la fonction verbo-motrice ou la capacité de communication. (Ontario)
Les **services diététiques** visent l'évaluation de l'alimentation et des conditions d'alimentation ainsi que le traitement et la prévention des troubles de l'alimentation par la nutrition. (Ontario)
Les **services ambulatoires de psychogériatrie** sont des services spécialisés en psychogériatrie visant à répondre aux besoins d'évaluation, d'orientation et de traitement de la personne atteinte d'un problème psychogériatrique. On y offre aussi des informations, de la formation et de soutien aux aidants naturels et formels. (Québec)
Les **services de réadaptation fonctionnelle intensive** sont des services d'intervention lors d'une atteinte comme un ACV, une fracture de la hanche, une fracture complexe, etc. visant à favoriser une récupération rapide des fonctions. Les services disponibles sont les services médicaux, infirmiers et de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie, intervenant social et psychothérapie). Les services peuvent être offerts à l'interne, sur une période de deux à trois mois, ou à l'externe, pour une période maximale d'un an. (Québec)
Les **Personal Care Homes** sont des foyers de soins personnels où sont admises des personnes nécessitant peu de supervision et de soutien dans l'accomplissement des activités quotidiennes. (Centre de Terre-Neuve)